

| | | | |
|----------------------|--------------------------|------------------|--|
| Patient/in: | Lieselotte Schneider | Datum: | |
| Geburtsdatum: | 11.12.1938 | Aufnahme: | |
| Diagnose: | Demenz und Astigmatismus | | |

Punkte zu beachten im 1. Teil: 3

| | | |
|--|--------------------|------------------|
| Gewohnheiten - Wünsche - Ressourcen | Hilfebedarf | Hilfeform |
|--|--------------------|------------------|

| | | |
|---|--|-----------|
| 3. Vitale Funktionen aufrechterhalten | | |
| Wird regelmäßig Blutdruck gemessen? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <i>zweimal täglich</i> | B |
| Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <i>Hilfestellung Pflegepersonal erwünscht</i> | |
| Welche Zimmertemperatur ist Ihnen angenehm? <i>26 Grad</i> | <i>friert leicht, hat ständig kalte Füße</i> | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, ggf. welche? <i>Ledopova</i> | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Brauchen Sie Hilfe bei der Medikamentenversorgung? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <i>im Sommer nur gekipptes Fenster</i> | |
| | Kann Bronchialsekret schlecht abhusten | Tü |
| | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |

Punkte zu beachten im 2. Teil: _____

| | | |
|---|--|--|
| 4. Sich Pflegen | | |
| Haben Sie Vorlieben im Bereich der Körperpflege? Welche? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input checked="" type="checkbox"/> morgens <input checked="" type="checkbox"/> duschen | |
| Welche Körperpflegemittel benutzen Sie? | <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> baden | |
| Wie oft waschen Sie Ihre Haare? <i>1 x pro Woche</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Seife <input checked="" type="checkbox"/> Shampoo u. Pflegespülung | |
| Benötigen Sie Hilfe bei der Fußpflege? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <i>alle 6 Wochen Friseur</i> | |
| | <i>ggf. Termin Fußpflege vereinbaren</i> | |

Punkte zu beachten im 3. Teil: _____

| | | |
|--|---|--|
| 8. Ruhen und Schlafen | | |
| Halten Sie einen Mittagsschlaf? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen | |
| Wenn ja, wie lange? | <input checked="" type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | |
| Nehmen Sie Medikamente zum Schlafen? <i>gelegentlich Coffea D4</i> | <input type="checkbox"/> psychische Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Krankheitsbedingte Schlafstörungen | |
| Weitere Gewohnheiten (Belüftung, Beleuchtung) <i>offenes Fenster im Sommer</i> | <input type="checkbox"/> hat gestörten Tag/Nacht-Rhythmus | |
| | | |

Punkte zu beachten im 4. Teil: _____

| | | |
|--|--|--|
| 9. Sich beschäftigen | | |
| Im welchem Beruf haben Sie gearbeitet? | | |
| <i>Beamtin</i> | | |
| Womit haben Sie sich gerne Beschäftigt? | | |
| <i>Lesen, Bienen, Garten</i> | | |
| Wie sieht Ihr Tagesablauf aus? | | |
| <i>geregelt, Aufstehen ab 6:30 Uhr</i> | | |
| Wünschen Sie Hilfe bei der Gestaltung des Tagesablaufes? | | |
| <i>nein, aber gerne Mitarbeit im Garten</i> | | |

Punkte zu beachten im 5. Teil: _____

| | | | |
|---------------------|---------------|--------------------|-----------------------------|
| B = Beaufsichtigung | A = Anleitung | Tü = Teilübernahme | vÜ = vollständige Übernahme |
|---------------------|---------------|--------------------|-----------------------------|