

# Krankenhaus Neustadt-Mitte

Name: Tarek Özlem	Geburtsdatum: 09.05.1935			
Gewohnheiten	Wünsche	Ressourcen	Hilfebedarf	Hilfeform
<b>1. Kommunizieren</b>				
Benötigen Sie eine Brille?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ist <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> taub <input type="checkbox"/> stumm <input type="checkbox"/> blind	
Benötigen Sie ein Hörgerät?		<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> kann Hörgerät nicht handhaben	
Können Sie sich mitteilen und Ihre Wünsche äußern?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> hat Sprachstörungen <input type="checkbox"/> hat Sichtfeldeinschränkungen	
Orientierung:				
ist zeitlich		<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		
örtlich <i>nur innerhalb der eigenen Wohnung</i>				
orientiert		<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		
situativ		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
zur Person orientiert.		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

<b>7. Sich kleiden</b>		
<b>Welche Kleidung tragen Sie gerne?</b>	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe bei Kleiderauswahl <input type="checkbox"/> zieht sich wegen Desorientiertheit öfter aus <input type="checkbox"/> fehlende Einsicht für angemessene Kleidung <input checked="" type="checkbox"/> fehlende Einsicht für notwendigen Wäschewechsel <input type="checkbox"/> kann Verschlüsse nicht handhaben <input type="checkbox"/> kann Kleidung nicht über Kopf ausziehen <input type="checkbox"/> kann Kleidung nicht über die Füße anziehen	
<b>am Tag:</b> Stoffhosen, leichte Pullover oder langärmlige Shirts		B/TÜ
<b>in der Nacht:</b> langärmliger Schlafanzug		
<b>Gewohnter Wäschewechsel:</b> Unterwäsche täglich, Hosen und Pullover jeden zweiten Tag (wichtig: muss an Wechsel erinnert und ggf. unterstützt werden)		
<b>8. Ruhen und Schlafen</b>		
Halten Sie einen Mittagsschlaf? <input type="checkbox"/> ja	hat <input checked="" type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	
Nehmen Sie Medikamente zum Schlafen? <input type="checkbox"/> ja	hat <input type="checkbox"/> psychische <input type="checkbox"/> krankheitsbedingte Schlafstörungen	
Weitere Gewohnheiten (Belüftung, Beleuchtung):	<input checked="" type="checkbox"/> hat gestörten Tag-/Nacht-Rhythmus	
<b>9. Sich beschäftigen</b>		
In welchem Beruf haben Sie gearbeitet? Lagerist		
Womit haben Sie sich gerne beschäftigt?		
Wie sah Ihr Tagesablauf aus?		
Wünschen Sie Hilfe bei der Gestaltung des Tagesablaufs?		

B = Beaufsichtigung

A= Anleitung

Tü = Teilübernah

LIVEWORKSHEETS