



Patientenetikette

Erhebungsdatum: _____

Sehr geehrte Bezugsperson!

Die Inhalte dieses Bogens sollen bei der Eingliederung Ihres Angehörigen in den Krankenhausalltag helfen.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen im Pflege –Stützpunkt ab!

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mithilfe!

Ihr Angehöriger möchte angesprochen werden als Herr/Frau	
Muttersprache:	früherer Beruf (z.B. Landwirt):
Bezugsperson	Telefonnummer
Kennwort (ohne Angabe eines Kennwortes KEINE telefonische Auskunft)	
Gesetzliche Vertretung	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja Name: _____ Tel.nr.: _____ Urkunde bitte in der Anmeldung abgeben – nachbringen!
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Stufe _____
Fremdkörper/Metalle im Körper	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Welche bzw. Wo?
Sturzrisiko zu Hause	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Welche Maßnahmen werden zu Hause gesetzt?
Schmerzüßerungen zu Hause	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wann treten diese auf? _____ Wie werden sie geäußert? _____ Welche Maßnahmen helfen? _____ _____
Einschränkung beim Hören	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Welche? _____ Hörgerät vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> mitgebracht
Einschränkungen beim Sehen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Brille vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> mitgebracht Kann Text gelesen werden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Kontaktverhalten zu Hause	Sucht Kontakt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lehnt Kontakt ab <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Der Betroffene teilt mit, was er benötigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besonderheiten beim Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> Ja Vorlieben: Abneigungen: Schluckstörungen: Hilfsmittel/spezielle Maßnahmen:



Gewohnheiten im Tagesverlauf (Rituale, Hilfestellungen)			
Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Schlafen und Schlafgewohnheiten			
Schläft gut <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Abendrituale:		Geht zu Bett gegen _____ Uhr Schläft gerne bis _____ Uhr Nachtaktiv <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Herausfordernde Verhaltensweisen			
<input type="checkbox"/> Abwehrendes Verhalten bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/> Ängste	<input type="checkbox"/> Antrieb gesteigert	<input type="checkbox"/> Antrieb vermindert
<input type="checkbox"/> Wiederholende Geräusche	<input type="checkbox"/> unangemessenes Rufen	<input type="checkbox"/> bedrohliches Verhalten	<input type="checkbox"/> Beschuldigungen
<input type="checkbox"/> „nach Hause wollen“	<input type="checkbox"/> Misstrauen	<input type="checkbox"/> Nahrungsablehnung	<input type="checkbox"/> Medikamenten-ablehnung
<input type="checkbox"/> Einpacken	<input type="checkbox"/> Rückzug	<input type="checkbox"/> Teilnahmslosigkeit	<input type="checkbox"/> Ruheloses Umhergehen
<input type="checkbox"/> Aufräumen	<input type="checkbox"/> Unruheverhalten	<input type="checkbox"/> Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/>
In welcher/welchen Situation(en)?			
Gibt es bewährte Hilfestellungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Welche?			
Besondere Verhaltensweisen zu Hause? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Welche?			
Besondere Verhaltensweisen in fremder Umgebung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Welche?			
Gibt es Gegenstände oder Rituale, welche der Beruhigung dienen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Welche?			
Bei ständigem Rufen – Nach wem wird gerufen?			