

Fragebogen Akutgeriatrie

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Angehörige,

wenn der Partner:in, die Eltern, Schwiegereltern oder eine zu betreuende Person ins Krankenhaus muss, stellt dies für alle Beteiligten eine besondere und oftmals auch eine herausfordernde Situation dar. Gerade ältere und an einer Demenz erkrankte Menschen erleben dies mitunter sogar als eine Krisensituation.

Im Rahmen des Umzugs der Klinik für Akutgeriatrie (Altersmedizin) in die modernen Räumlichkeiten in unserem Neubau haben wir bereits bei der Gestaltung der Station großen Wert darauf gelegt eine Wohlfühlatmosphäre und Bedingungen zu schaffen, die es den älteren Patient:innen erleichtert, sich zu orientieren, die ihnen Sicherheit gibt und beruhigend wirkt. Dies wird durch ein besonderes Farbkonzept ebenso erreicht, wie durch einen großzügigen Gemeinschaftsbereich, der dazu einlädt mit anderen Patient:innen in Kontakt zu kommen, an Gruppentherapien teilzunehmen oder gemeinsam zu speisen. Ruhezonen und Rückzugsmöglichkeiten sind, neben den ansprechend gestalteten Zweibettzimmern, selbstverständlich ebenso vorhanden.

Damit die menschliche und medizinische Betreuung so optimal wie möglich erfolgen, ist es uns ein wichtiges Anliegen so individuell wie möglich auf unsere Patient:innen eingehen zu können. Ein positiver Gemütszustand und eine möglichst geringe psychische Belastung helfen gemeinsam mit der Berücksichtigung täglicher Rituale die Umgebung vertraut wahrzunehmen. Das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, Wünsche und Emotionen, über die pflegerischen Maßnahmen hinaus, unterstützt und erlaubt uns eine beruhigende Wirkung auf die Patient:innen, aber auch auf Sie als Angehörige oder Betreuer:in.

Wir möchten aber auch Sie als Angehörige/Betreuer:in so gut wie möglich in diese besondere Zeit miteinbeziehen, um gemeinsam das Beste für unsere Patient:innen zu erreichen. Daher möchten wir Sie bitten den folgenden Fragebogen vor der stationären Aufnahme, vielleicht sogar gemeinsam mit Ihrem Angehörigen, auszufüllen. So erhalten wir relevante Informationen, die uns helfen unsere Patient:innen näher kennenzulernen und in bestimmten Situationen angemessen mit den Patient:innen interagieren zu können. Vielen Dank!

Selbstverständlich stehen wir Ihnen auch für ein persönliches Gespräch oder bei Fragen zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns an!

Mit freundlichen Grüßen

Das Pflorgeteam

Checkliste

*Wenn Menschen mit Demenz zu einer stationären Behandlung in das Marienhaus Klinikum Mainz kommen...
Sie kennen Ihren Angehörigen am besten!*

Sie wissen um:

- seine Vorlieben
- seine Abneigungen
- seine Besonderheiten
- seine Gewohnheiten

Damit sich Ihr Angehöriger mit Demenz bei uns wohl fühlt, können Sie uns dabei unterstützen.

So können Sie helfen:

Gibt es einen Lieblingsgegenstand aus dem häuslichen Umfeld wie z. B. ein Familienfoto, eine Wolldecke, die Sicherheit vermittelt und das Wohlbefinden Ihres Angehörigen steigert? Ein kleines Radio mit Lieblingsmusik, kann den Krankenhausaufenthalt auch positiv beeinflussen.

Bitte bringen Sie solche Lieblingsgegenstände mit.

Wir bitten Sie, uns über den Alltag sowie die Gewohnheiten Ihres Angehörigen mit Demenz so genau wie möglich zu informieren.

Die folgenden Seiten sind so gestaltet, dass sie in der Pflege genutzt werden können. Sie sind kein Dokument im medizinischen Sinne und Sie müssen sie nicht komplett ausfüllen.

Überlegen Sie, welche Informationen Sie über sich (oder die Person, für die Sie diese Seiten ausfüllen) nicht mit anderen teilen möchten.

Adresse Patient:in

Angehörige:r

(Ehe-)Partner Sohn/Tochter andere Person: _____

Adresse des Angehörigen

Telefon

Rechtliche:r Betreuer:in:

Adresse Betreuer:in:

Telefon

Patientenverfügung: ja nein gewünscht

Vorsorgevollmacht: ja nein gewünscht

Kontaktaufnahme erwünscht bei:

- zunehmender Unruhe des Kranken
- Einleitung von Schutzmaßnahmen
- fehlender Kooperation in Pflegesituationen
- Problemen bei der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme
- Sonstiges: _____
- rund um die Uhr
- nur von _____ bis _____ Uhr
- Angehöriger
- Betreuer:in

Wichtig zu wissen im Kontakt mit der/dem Patient:in sind:

Religion: _____

Regionale Herkunft / Heimat: _____

Muttersprache/Dialekt: _____

Ehemaliger Beruf (z. B. Handwerk): _____

Stolz/Bedeutsames: _____

Einschränkungen Sehen: leicht schwer Brille vorhanden

Einschränkungen Hören: leicht schwer Hörgerät vorhanden

Einschränkungen Bewegung: keine benutzt Rollator benutzt Rollstuhl

Verstehen von Sprache:

Das Sprachverständnis ist

- weitgehend erhalten
- kurze Fragen werden verstanden
- sehr eingeschränkt
- Sprachverständnis fehlt
- Gesten werden verstanden z. B. auf prägnante Worte

Die Sprach- und Sprechfähigkeit ist

- weitgehend erhalten
- kurze Sätze können gebildet werden
- sehr eingeschränkt
- Sprachverständnis fehlt
- Gesten werden verstanden z. B. einzelne Worte
- nicht möglich, weil _____

Nähe und Distanz: Die/der Patient:in

- reagiert positiv auf Körperkontakt
- hält lieber Distanz
- kann abrupt ablehnend reagieren, wenn _____

Gewohnheiten im Tagesverlauf

Morgens (z. B. zuerst Frühstück): _____

Mittags (z. B. Ruhepause): _____

Abends (z. B. Getränk, Rituale): _____

Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen

Zur Entspannung: _____

Zum Einschlafen: _____

In Stresssituationen: _____

In Pflegesituationen: _____

Verhalten:

Wünsche und Vorlieben: _____

Ärger / abwehrendes Verhalten bei: _____

Angst bei: _____

Weglauftendenzen: _____

So verbringe ich gerne meine Zeit: _____

Dinge, die mir in meiner täglichen Routine helfen: _____

Essen und Trinken

- erkennt Essen
- erkennt Getränke
- isst selbstständig
- trinkt selbstständig
- braucht Ansprache/Erinnerung
- benötigt viel Zeit/Geduld _____
- Besteck in die Hand legen
- Hand führen / Bewegung führen
- isst mit den Fingern
- Gebiss vorhanden
- Essen und Trinken stets anreichen
- hochkalorische Ernährung
- Tägliche Trinkmenge: _____ ml

Risiken (z. B. Verschlucken): _____

Bevorzugte Speisen und Getränke: _____

Abneigung / Unverträglichkeiten: _____

Hilfestellung bei: _____

Abwehrendes Verhalten bei: _____

Ruhen und Schlafen

- Ruhe und Schlaf ohne Probleme
- Einschlafstörungen
- nächtliches Aufstehen
- Toilettengänge gegen _____ Uhr
- geht zu Bett gegen _____ Uhr
- wacht auf gegen _____ Uhr

Einschlafgewohnheiten: _____

Bei Einschlafstörungen /nächtlicher Unruhe hilft: _____

Körperpflege

- Körperpflege selbstständig
- wäscht sich am Waschbecken selbst
- benutzt Waschlappen/-handschuh
- wäscht Oberkörper selbstständig
- völlig auf Hilfe angewiesen
- im Bad nicht alleine lassen
- bevorzugt weibliche Pflegekraft
- bevorzugt männliche Pflegekraft

Abwehrendes Verhalten bei: _____

Risiken (z. B. Empfindlichkeiten der Haut): _____

An- und Auskleiden:

Lieblingskleidungsstück: _____

Besonderheiten: _____

Abwehrendes Verhalten bei: _____

Ausscheiden

- Kontrolle der Blase vorhanden
- Kontrolle des Darms vorhanden
- erkennt Toilette
- auf Toilette nicht alleine lassen
- feste Toilettenzeiten: _____
- Hilfsmittel:
 - Toilettenstuhl
 - Urinflasche
 - Steckbecken
 - Vorlage
 - Windelhose
- Sonstiges: _____