

Gesundheit im Verbund



Biographie- und Dokumentenmappe für den stationären Aufenthalt und den ambulanten Bereich

Name:

Vorname:

Vorwort

Liebe Patienten, Liebe Angehörige,

Vorsorge ist ein wichtiger Schritt. Diese Mappe soll Ihnen helfen sich vorzubereiten, falls Sie/Ihr Angehöriger ins Krankenhaus oder in eine Pflegeeinrichtung gehen. Ziel dieser Mappe ist es, Informationen über die Behandlung bzw. den Umgang mit Ihrem Angehörigen auf einen Blick zusammenzufassen. So finden Ihre bzw. die Wünsche Ihres Angehörigen Berücksichtigung. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten ist dieses kein Problem. Der persönliche Datenschutz steht für uns selbstverständlich im Vordergrund.

Damit die Mappe immer auf dem aktuellsten Stand ist, möchten wir Sie bitten diese regelmäßig auf Aktualität zu prüfen und ggf. anzupassen.

Die Aktualität der Dokumente ist für uns sehr wichtig, da ansonsten von falschen Informationen ausgegangen wird. Wenn Sie selber nicht in der Lage sind Ihre Mappe zu führen, beauftragen Sie bitte eine andere Person damit.

Bitte achten sie darauf, dass die Mappe nach Abschluss der Behandlung bzw. eines stationären Aufenthaltes wieder an Sie bzw. Ihren Angehörigen ausgehändigt wird.

Inhalte dürfen nur nach Rücksprache mit dem Patienten bzw. des Betreuers kopiert werden.

An alle Leser dieser Mappe:

Die Informationen, die in dieser Mappe enthalten sind, sind aus datenschutzrechtlichen Gründen streng vertraulich zu behandeln und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Das Pfl egeteam dankt Ihnen für Ihre Unterstützung.

Inhaltsangabe

- 1) Persönliche Daten
- 2) Behandelnde Ärzte und Pflegedienst
- 3) Diagnoseübersicht
- 4) aktueller Medikamentenplan
- 5) Aktuelle Arzt- und Entlassungsbriefe
- 6) Aktuelles Foto
- 7) Ihre Biographie
- 8) Körperlicher Status
- 9) Essen und Trinken
- 10) Schmerzen
- 11) Checkliste für den Krankenhausaufenthalt
- 12) Anhang (Patientenverfügung, Vollmachten, Betreuungsurkunden)
- 13) Quellenangabe

1) PERSÖNLICHE DATEN

1. Name: _____

2. Geburtsname: _____

3. Straße: _____

4. Wohnort: _____

5. Geburtsdatum: _____

6. Telefon: _____

7. Krankenkasse: _____

8. Versicherungsnummer: _____

9. Vorsorgevollmachten: Ja Nein

Betreuer/Bevollmächtigter: _____

(Bitte Kopien im Anhang abheften)

10. Patientenverfügung: ja nein

(Bitte Kopie im Anhang abheften)

11. Kontaktpersonen (Verwandtschaftsgrad bitte mit angeben):
- a) _____
 - b) _____
 - c) _____
 - d) _____
 - e) _____
12. Familienstand:
- ledig verheiratet geschieden verwitwet
13. Religion:
- Katholisch Evangelisch Moslemisch
Katholisch-orthodox Andere
14. Wohnsituation:
- mit Angehörigen in einem Haus
mit Angehörigen in einer Wohnung
allein im UG im OG
im Heim (siehe weitere Angaben unter Punkt 2 „Behandelnde
Ärzte und Pflegedienst“)
15. Pflegestufe: 0 1 2 3
Betreuungsleistung: ja nein
Tagespflege: ja nein
Einrichtung: _____

2) Behandelnde Ärzte und Pflegedienst

1. Hausarzt (Bitte mit Telefonnummer):

2. Weitere behandelnde Ärzte:

a.) Neurologe: _____

b.) Psychater: _____

c.) Urologe: _____

d.) Kardiologe: _____

e.) Augenarzt: _____

3. Pflegedienst: ja nein

Name und Telefonnummer:

Aufgaben, die vom Pflegedienst übernommen werden (z.B.

Grundpflege, jährliche Beratung etc):

4. stationäre Pflegeeinrichtung: ja nein

Name und Telefonnummer:

3) Diagnoseübersicht

Bitte Sie Ihren Hausarzt um einen Ausdruck der vorhandenen Diagnosen. Diese können Sie dann hier abheften.

4. Aktueller Medikamentenplan

Bitte Sie Ihren Hausarzt um einen Ausdruck des aktuellen Medikamentenplanes. Diesen können Sie dann hier abheften. Des Weiteren haben Sie hier die Möglichkeit auch andere, nicht vom Arzt verschriebene Medikamente, die Ihr Angehöriger einnimmt, aufzuschreiben (Schmerzmittel, Abführmittel, Vitaminpräparate, Ernährungsergänzungsmittel).

5) Aktuelle Arzt- und Entlassungsbriefe

Hier finden Sie Platz um aktuelle Befunde abzuheften. So kann Ihr behandelnder Arzt schnell Zugriff zum aktuellen Stand Ihres Gesundheitszustandes erhalten.

6) Aktuelles Foto

Ein aktuelles Foto kann wichtig sein wenn eine Hinlauftendenz vorhanden ist. So können sich die Helfer bzw. die Polizei beim Suchen schneller orientieren.

7) IHRE BIOGRAPHIE

1. Verheiratet mit: _____ seit: _____
Verwitwet seit: _____

2. Kinder: 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

3. Enkel: 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

4. Urenkel: 1. _____
2. _____
3. _____

5. Muttersprache: _____
6. Dialekt: _____
7. Wie wird er/sie am liebsten angesprochen:
In der Familie: _____
von Freunden: _____
8. Schule: _____
9. Abschluss als: _____
10. Beruf/Gearbeitet als: _____
11. Berentet seit: _____
12. Reisen nach: _____
13. Lieblingsbuch: _____
14. Lieblingsmusik: _____
15. Interessen: _____

16. Welches ist oder waren wichtige Personen und Haustiere in seinem/ihrem Leben?

17. Was müssen wir über seinen/ihren Alltag wissen? Tagesablauf, besondere Rituale (z.B. beim Essen oder Schlafen)

18. Welche Hobbys oder Interessen hatte er/sie?

19. Wo ist der Lieblingsort/ wo hält er/sie sich gern auf?
(Wohlfühlort)

20. Gibt es schwierige Situationen/Reaktionen über die wir Bescheid wissen sollten?

21. Gibt es wichtige Ereignisse in der Vergangenheit?

8) Körperlicher Status

1. Hören: gut mäßig schlecht Hilfsmittel: _____

2. Sehen: gut mäßig schlecht Hilfsmittel: _____

3. Sprachverständnis: erhalten weitest gehend erhalten
kurze Sätze werden verstanden
nur prägnante Worte Sprachverständnis fehlt
Gesten werden verstanden

4. Sprachmotorik: erhalten eingeschränkt nicht möglich

5. Bewegen/Gehen: sicher schlurfend unsicher
stolpert stürzt manchmal

6. Orientierung:
findet sich in fremder Umgebung zurecht
findet sich in bekannter Umgebung zurecht
findet sich in der Wohnung zurecht
ist zeitlich orientiert: Stunde Tag Monat Jahr
Jahreszeit
ist orientierungslos
ist zur Person orientiert: Name Geburtsjahr Wohnort

7. Nähe/Distanz:

er/sie mag Berührung

er/sie mag keine Berührung von Fremden

er/sie mag Gesellschaft ist gern allein

geht auf andere zu

8. Körperpflege:

selbstständig benötigt Anleitung mit Hilfe

komplette Übernahme badet gern

ist gewohnt zu duschen mag kein fließendes Wasser

bevorzugte Pflegeprodukte:

Rasur: nass trocken Häufigkeit: _____ am Tag

9. An- und Auskleiden:

Kleiderauswahl: selbstständig mit Hilfe

Hilfe bei bestimmten Kleidungsstücken (z.B. Knöpfe)

Komplette Übernahme beim An- und Auskleiden

10. Ausscheiden/Kontrolle der Blase/des Darms:

Kontrolle der Blase:

geht alleine zur Toilette wird unruhig spürt es nicht

ist Inkontinent

(Versorgung mit): _____

Kontrolle des Darms:

Geht alleine zur Toilette wird unruhig spürt es nicht

ist Inkontinent

(Versorgung mit): _____

Gibt es feste Toilettenzeiten?

11. Ruhen und Schlafen:

Schlafstörungen: Keine Einschlafstörung

Durchschlafstörung

Nächtliche Besonderheiten/Gewohnheiten:

9) Essen und Trinken

1. Lieblingsspeisen:

2. Lieblingsgetränke:

3. Abneigungen/Lebensmittelunverträglichkeiten:

4. Muss eine bestimmte Diät eingehalten werden?

ja nein (wenn „ja“ welche) _____

5. Essensverlauf:

benötigt verbale Anleitung

benötigt Hinweise zum kauen oder schlucken

benutzt Besteck isst mit den Fingern

muss das Essen angereicht bekommen

benutzt eine Tasse/Glas einen Strohhalm

Flüssigkeiten sollten angedickt werden

muss beim Essen husten muss nach dem Essen husten

verschluckt sich häufiger

Lässt sich leicht vom Essen ablenken lässt sich nicht stören

Verpackungen müssen geöffnet werden: ja nein

Nahrung muss mundgerecht zubereitet werden: ja nein

Nahrung muss püriert werden

6. Wie sind die gewohnten Essenszeiten?

Frühstück: _____

Mittagessen: _____

Abendessen: _____

Zwischenmahlzeiten: _____

10) Schmerzen

Es kommt häufig vor, dass Menschen mit einer Demenz Schmerzen nicht ausdrücken können. Daher wäre es hilfreich für uns folgende Informationen zu erhalten:

- 1) Weinen: bei Schmerzen bei Traurigkeit
öfters ohne ersichtlichen Grund

- 2) Grimassieren: bei Schmerzen bei Traurigkeit
öfters ohne ersichtlichen Grund

- 3) Schonhaltung z.B. gebeugt gehen, Hand auf die Stirn legen, eine Körperstelle reiben usw.:

Nach bestimmten Aktivitäten: ja nein

Immer schon seit einiger Zeit seit: _____

Häufigkeit: _____

- 4) Unruhe: Was drückt Ihr Angehöriger mit Unruhe aus?

- 5) Gibt es alte Schmerzproblematiken, z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen usw.?

- 6) Was hat Ihren Angehörigen bei Schmerzen gut geholfen? (auch nicht medikamentöse Maßnahmen)

| Medikamente | nicht medikamentöse Maßnahmen z.B. Wärme/Kälte |
|-------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

11) Checkliste für den Krankenhausaufenthalt

- 1) Versicherungskarte/Einweisung
- 2) Wäsche, Bekleidung, Hausschuhe oder Stoppersocken, Toilettenartikel, Rasierutensilien
- 3) Zahnprothese, Uhr (lassen Sie wenn möglich den Namen eingravieren)
- 4) Impfausweis, Allergiepass, Marcumarausweis, Schrittmacherausweis
- 5) Soll eine Pflegebegleitperson aufgenommen werden (Wenn möglich vorher im Krankenhaus anmelden und ärztliche Bescheinigung mitbringen!)
- 6) Persönliche Dinge, die Ihre/Ihren Angehörigen beruhigen, Sicherheit geben oder womit er/sie sich beschäftigen kann

12) Anhang (Patientenverfügung, Vollmachten, Betreuungsurkunden)

Falls eine Patientenverfügung, Vollmachten oder eine gesetzliche Betreuungsurkunde vorliegen, möchten wir Sie bitten die jeweiligen Kopien hier abzuheften.

13) Quellenangabe

Grundlage dieser Informationsmappe ist die Notfallmappe des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes NRW, die Broschüren der Landesinitiative für Demenz NRW sowie die Erfahrungen der Kollegen und Angehörigen der Demenzabteilung des Jakobi Krankenhauses Rheine.

Zusammengestellt für die Mathias-Stiftung von: Elisabeth Romahn (Familiale Pflege) in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal der Demenzabteilung des Jakobikrankenhauses Rheine sowie der Pflegedienstleitung.