

## Betreuungsgruppen für Demenzkranke

### Gäste-Stammblatt

Datum Erstkontakt/Hausbesuch:

Mitarbeiter(-in):

<p><b>Name:</b> _____ <b>Vorname:</b> _____  Geb. Datum: _____ Geb. Name: _____  Geb. Ort: _____  Adresse: _____  Familienstand: _____  Religion: _____ Staatsangehörigkeit: _____  <b>Wohnverhältnisse:</b>  allein                      mit Partner                      mit Kindern  sonstiges: _____</p>	<p>Krankenkasse: _____ Pflegestufe: _____  Rechnung an: _____  _____  <b>Hausarzt:</b> _____ <b>Neurologe:</b> _____  Tel.: _____ Tel.: _____  <b>Ambulanter Pflegedienst:</b>  Ansprechpartnerin: _____  Tel.: _____</p>
<p><b>Angehörige (1):</b>  Verwandtschaftsverhältnis: _____  Anschrift/ Tel.: _____</p> <p><b>Angehörige (2):</b>  Verwandtschaftsverhältnis: _____  Anschrift/ Tel.: _____</p> <p><b>Gesetzlicher Betreuer:</b>  Anschrift/ Tel.: _____</p> <p><b>Bezugspersonen:</b>  Anschrift/ Tel.: _____</p>	<p><b>Diagnosen:</b>  _____  _____  _____  _____  Diabetes :                      nein                      ja  Marcumarpatient:                      nein                      ja  <b>Notfallmedikamente:</b>  _____  _____</p> <p><b>Allergien:</b> _____  _____</p>

<p><b>Orientierung:</b></p> <p>Zeitlich: ja zeitweise nein  örtlich: ja zeitweise nein  situativ: ja zeitweise nein  persönlich: ja zeitweise nein</p>	<p><b>Pflege- / Betreuungssituation:</b></p> <p>Aufstehen selbständig mit Anregung mit Hilfe  Gehen (drinnen/draußen) selbständig mit Anregung mit Hilfe  An- und Auskleiden selbständig mit Anregung mit Hilfe  Toilettengang selbständig mit Anregung mit Hilfe  Gebr. von Gehhilfen/Rollstuhl selbständig mit Anregung mit Hilfe  Nahrungsaufnahme selbständig mit Anregung mit Hilfe</p>
<p><b>Emotionaler / psychischer Zustand:</b></p> <p>aggressive Reaktionen nein ja  Symptome: _____  Depressive Verstimmungen nein ja  Symptome: _____  Wahnsymptome nein ja  Symptome: _____  ständiger Bewegungsdrang nein ja  Symptome: _____  Schreien/ Jammern nein ja  Symptome: _____  nächtliche Unruhe nein ja  Symptome: _____  Selbstgefährdung nein ja  Symptome: _____  Fremdgefährdung nein ja  Symptome: _____  Besonderheiten:</p>	<p><b>Versorgungssituation:</b></p> <p>Urininkontinenz: ja gelegentlich nein  Stuhlinkontinenz: ja gelegentlich nein  trägt Vorlagen/ Pampers: ja gelegentlich nein  Katheter: ja nein  Anus praeter: : ja nein  Brille / Hörgerät: ja nein  Zahnprothesen: ja nein  Gehhilfe / Rollstuhl: ja nein  ansteckende Krankheiten: _____  Sonstiges:</p>

<p><b>Biographische Daten</b></p> <p>Ursprungsfamilie</p>  <p>eigene Familie</p>	<p>Schule / Ausbildung / Beruf / Tätigkeiten</p>
<p>Interessen, Vorlieben</p>	<p>Wichtige Menschen und Ereignisse im Leben</p>