

Frau Herr

Name, Vorname geb. am

Straße Nr. PLZ Ort

Krankenkasse Patienten-Telefon

Patientenüberleitung

© Krefelder Pflegekonferenz und Gesundheitskonferenz
angelehnt an Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Anlage: Demenz

Diagnose: <input type="checkbox"/> Demenz festgestellt <input type="checkbox"/> Demenz wird vermutet Typ: _____ Schweregrad: _____	Facharzt: Adresse: Tel./Fax:
---	---

Ggf. weitere Bezugs-/Vertrauensperson, die für bestimmte Hilfestellungen hinzugezogen werden kann: Name: _____ Tel.: _____	Patient reagiert positiv auf folgende Anrede bzw. Ansprache:
---	--

Besondere Pflegemerkmale	Symptome/Verhalten	Geeignete Maßnahmen/bisherige Strategien
<input type="checkbox"/> Appetit-/Essstörungen:		
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen:		
<input type="checkbox"/> Körperpflege:		
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen:		
<input type="checkbox"/> Verkennen gefährdender Situationen:		
<input type="checkbox"/> Unsachgemäßer Umgang m. gefährlichen Gegenständen:		
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit (Medikamente, Hilfsmittel):		
<input type="checkbox"/> Besonderheiten bei der Kommunikation:		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Besonderheiten: Essen/Trinken	Frühstück:	Uhr	Mittag:	Uhr	Abend:	Uhr
Bevorzugtes Getränk / Bevorzugte Speise:						
Abneigung gegen Getränk / Speise:						

Gemüts- / Psychischer Zustand	Symptome/Verhalten	Geeignete Maßnahmen/bisherige Strategien
Empfohlene Deeskalationsstrategie allgemein:		
<input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen/Halluzinationen:		
<input type="checkbox"/> Erregung/Aggression:		
<input type="checkbox"/> Depression/Dysphorie:		
<input type="checkbox"/> Angst:		
<input type="checkbox"/> Euphorie:		
<input type="checkbox"/> Apathie/Gleichgültigkeit:		
<input type="checkbox"/> Enthemmung:		
<input type="checkbox"/> Reizbarkeit/Labilität:		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Mobilität	Symptome/Verhalten	Geeignete Maßnahmen/bisherige Strategien
<input type="checkbox"/> Laufdrang:		
<input type="checkbox"/> Sturzneigung:		
<input type="checkbox"/> abweichendes motorisches Verhalten:		
<input type="checkbox"/> Immobilität aufgrund Desorientierung:		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Mobilitätsdauer: ca. _____ Stunden	Bewegungsmöglichkeiten:	