

Frau Herr

Name, Vorname geb. am

Straße PLZ Ort

Krankenkasse Befreiung von Zuzahlung
 ja nein

Patiententelefon

Patientenüberleitung

© Kommunale Gesundheitskonferenz Bonn

Anlage Psychische und kognitive Besonderheiten

Demenz Geistige Behinderung Psychiatrisches Krankheitsbild _____ Sucht

Angehörige (Ehe-/Partner, Kinder) Name, Adresse, Telefon:	Rechtliche Vertretung Name, Funktion, Adresse, Telefon
Vertraute Person Name, Adresse, Telefon	Assistenz Name, Funktion, Adresse, Telefon

Soziale Aspekte

Wohnsituation eigene Wohnung Unterstütztes Wohnen
 Wohneinrichtung ohne festen Wohnsitz andere Wohnform

Sozialkontakte vorhanden problematisch fehlend

Berufstätig ja nein

Art der bestehenden Hilfen <input type="checkbox"/> Behandlungsvertrag <input type="checkbox"/> Psychiatrische Pflege / APP <input type="checkbox"/> Wohneinrichtung <input type="checkbox"/> Ambulant Betreutes Wohnen (BeWO) <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrisches Zentrum <input type="checkbox"/> Arbeits-/Beschäftigungsstätte <input type="checkbox"/> Sonstige Hilfen	Art der geplanten Hilfen <input type="checkbox"/> Psychiatrische Pflege / APP <input type="checkbox"/> Wohneinrichtung <input type="checkbox"/> Ambulant Betreutes Wohnen (BeWO) <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrisches Zentrum <input type="checkbox"/> Arbeits-/Beschäftigungsstätte <input type="checkbox"/> Sonstige Hilfen
Ansprechpartner, Telefon / E-Mail-Adresse	Ansprechpartner, Telefon / E-Mail-Adresse

Fähigkeiten der Orientierung

	ja	teilweise	nein
Orientierung zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situative Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von bekannten Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alltagshandeln

	ja	teilweise	nein
Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten/ Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffen von Entscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommunikative Fähigkeiten

	ja	teilweise	nein
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Besonderheiten

Welche Vorlieben hat die Person?

Welche Abneigungen hat die Person?

Informationen zum gewohnten Tagesablauf

Verhaltensweisen / Problemlage	Maßnahmen
<input type="checkbox"/> Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Selbstschädigendes Verhalten <input type="checkbox"/> Beschädigen von Gegenständen <input type="checkbox"/> Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen <input type="checkbox"/> Verbale Aggression <input type="checkbox"/> Andere pflegerelevanten vokalen Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen <input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen <input type="checkbox"/> Depressives Verhalten <input type="checkbox"/> Manisches Verhalten <input type="checkbox"/> Halluzinationen/Wahrnehmungsstörungen <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Antriebsminderung <input type="checkbox"/> Fehlhandlungen <input type="checkbox"/> Regressives Verhalten <input type="checkbox"/> Kotschmierer/Kotessen <input type="checkbox"/> Apraxie <input type="checkbox"/> Agnosie <input type="checkbox"/> Sozial inadäquate Verhaltensweisen	

Sucht

Krankhaftes, unwiderstehliches Verlangen nach Suchtmitteln und/oder unkontrollierter Umgang mit Alkohol, Medikamenten, Nikotin oder Drogen

Aktueller Konsum:

ja nein

Entzugssymptomatik

ja nein zeitweise

Art:

Alkohol Drogen Medikamente Nikotin Spielsucht

Substitution:

Vergabestelle:

Ansprechpartner:

Wann und wo ist der nächste Termin bei der Fachärztin / beim Facharzt in der Institutsambulanz?

Datum

Uhrzeit

Name der Ärztin / des Arztes

Ansprechpartner/-in der Station / Einrichtung (für Rückfragen)

Name

Funktion

Telefon

Datum

Name / Unterschrift