

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

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

**Soziale Aspekte**

**Wohnsituation**  eigene Wohnung  Unterstütztes Wohnen  
 Wohneinrichtung  ohne festen Wohnsitz  andere Wohnform

**Sozialkontakte**  vorhanden  problematisch  fehlend

**Berufstätig**  ja  nein

<b>Art der bestehenden Hilfen</b> <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	<b>Art der geplanten Hilfen</b> <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