



# Informationsmappe 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 geht. Aufgabe der 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 möchten ist dies völlig verständlich. Der persönliche Datenschutz steht für uns selbstverständlich im Vordergrund.

Damit die Mappe immer auf dem aktuellsten Stand ist, möchten wir Sie bitte diese regelmäßig zu pflegen.

Damit Sie nicht zu viel Arbeit haben, sollten die Dokumente nur in Form einer Kopie vorliegen. Achten Sie bitte auf die Aktualität der Dokumente, da wir sonst von falschen Informationen ausgehen. Wenn Sie selber nicht in der Lage sind Ihre Mappe zu führen, beauftragen Sie eine andere Person.

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.

Wir danken 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) Persönlichkeitsprofil
- 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. Straße: \_\_\_\_\_

3. Wohnort: \_\_\_\_\_

4. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

5. Tel.: \_\_\_\_\_

6. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

7. Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

8. Vorsorgevollmachten: Ja  Nein

Betreuer/Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Bitte Kopien im Anhang abheften)

9. Patientenverfügung: ja  nein

(Bitte Kopie im Anhang abheften)

10. Kontaktpersonen (Verwandtschaftsgrad bitte mit angeben):
- a) \_\_\_\_\_
  - b) \_\_\_\_\_
  - c) \_\_\_\_\_
  - d) \_\_\_\_\_
  - e) \_\_\_\_\_
11. Familienstand:
- ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet
12. Religion:
- Katholisch  Evangelisch  Moslemisch   
Katholisch-orthodox
13. 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“)
14. 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, welche vom Pflegedienst übernommen werden (z.B.  
Grundpflege, jährliche Beratung etc):

---

---

---

4. stationäre Pflegeeinrichtung: ja  nein

Name und Telefonnummer:

---

---

### **3) Diagnoseübersicht**

---

Bitten 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) PERSÖNLICHKEITSPROFIL

---

1. Name:

\_\_\_\_\_

2. Geburtsname:

\_\_\_\_\_

3. Geboren am:

\_\_\_\_\_ In: \_\_\_\_\_

4. Verheiratet mit: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Verwitwet seit: \_\_\_\_\_

5. Kinder: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

6. Enkel: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_

7. Urenkel: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

8. Muttersprache: \_\_\_\_\_

9. Dialekt: \_\_\_\_\_

10. Wie wird er/sie am liebsten angesprochen:  
In der Familie: \_\_\_\_\_  
von Freunden: \_\_\_\_\_

11. Schule: \_\_\_\_\_

12. Ausbildung bei: \_\_\_\_\_

13. Abschluss als: \_\_\_\_\_

14. Beruf/Gearbeitet als: \_\_\_\_\_

15. Berentet seit: \_\_\_\_\_

16. Reisen nach: \_\_\_\_\_

17. Lieblingsbuch: \_\_\_\_\_

18. Lieblingsmusik: \_\_\_\_\_

19. Interessen: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

---

---

---

22. Welche Hobbys oder Interessen hatte er/sie?

---

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

---

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

---

---

---

---

25. 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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# 11) Checkliste für den Krankenhausaufenthalt

---

- 1) Versicherungskarte/Einweisung
- 2) Wäsche, Bekleidung, Hausschuhe oder Stoppersocken, Toilettenartikel, Rasieruntensilien
- 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 Jakobikrankenhauses Rheine.

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

