

## Informationsbogen (für Angehörige) zur geriatrischen Aufnahme ins Krankenhaus:



Patientenname: \_\_\_\_\_

Ggf.: Muttersprache/Dialekt:

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht vorhanden: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung vorhanden: \_\_\_\_\_

Pflegedienst: \_\_\_\_\_

### Gewohnheiten Tagesablauf:

Schlaf: (z.B.: Aufstehen morgens, Mittagschlaf?, Schlafen zur Nacht, Durchschlafen??) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Freizeitbeschäftigung: (hört gerne Radio, Musik, TV, Sport, welche Programme?)

\_\_\_\_\_

### Religion:

Konfession/ ggf. welche \_\_\_\_\_

religiös       nicht religiös      Krankensalbung erwünscht \_\_\_\_\_

### Angehörige:

Gesetzlicher Betreuer: \_\_\_\_\_

Telefon Nummer: \_\_\_\_\_

„rund um die Uhr“ erreichbar:

Ja

Nur von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Uhr:

### Nahrungsaufnahme:

#### Essen

Bevorzugte Speisen: \_\_\_\_\_

Abneigungen/ Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

#### Trinken

bevorzugte Getränke: \_\_\_\_\_

Abneigungen/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

### Einschränkungen Sehen:

nein    leicht    schwer      Brille vorhanden \_\_\_\_\_

### Einschränkungen Hören:

nein    leicht    schwer      Hörgerät vorhanden \_\_\_\_\_

### Einschränkungen Kommunikation:

weitestgehend erhalten       sehr eingeschränkt

nicht möglich, weil: \_\_\_\_\_

### Bitte bringen Sie mit:

Aktuelle Arztbriefe, aktueller Medikamentenplan

Kopie der Vorsorgevollmacht , Patientenverfügung

Ausreichend Tageskleidung und festes Schuhwerk

Fotos (um diese auf den Nachtschrank zu stellen)

Bitte nehmen Sie frühzeitig (nach der stationären Aufnahme) Kontakt mit unserem Krankenhaus Entlassmanagement auf: Telefon Nummer: 0209/6191-0