

HILFE ZUM AUSFÜLLEN

Hobbys/Interessen/Vorlieben: früher und jetzt z.B. Lesen, Kochen, Sport, Autos, Malen, Gartenarbeit, Tiere, Handwerk.

Wenn ich traurig oder unruhig bin hilft mir: z.B. Berührung, eine Geschichte von früher, bestimmte Musik oder pers. Dinge wie ein Tuch, Schal oder Kissen? Wer soll gerufen werden, wenn ich Hilfe brauche?

Hilfsmittel: benötige ich Hilfsmittel wie Brille, Rollator, Rollstuhl, Hörgerät, Stock oder Unterarmgehstützen, Begleitung beim Gehen, besondere Lagerungshilfen?

Kommunikation: ich kommuniziere verbal, gestenreich, zeigend oder alles zusammen; ich kann lesen und schreiben, trägt Schreiben zur Verständigung bei? Wie kommuniziere ich Schmerzen, Durst, Hunger, Unbehagen?

Körperpflege/Kleidung: z.B. ich dusche ungern; benutze ich wohlriechende Pflegeprodukte oder Parfüm; benötige ich Unterstützung lieber von einer weiblichen oder männlichen Pflegekraft? Was ziehe ich gerne an?

Schlafgewohnheiten: ich habe besondere Einschlafrituale. Wach- und Schlafrythmus ist bei mir gestört (nächtliche Unruhe). Habe ich ein Stofftier oder ein Lieblingskopfkissen? Ich schlafe morgens gerne länger.

Ess- und Trinkgewohnheiten: kann ich allein essen und trinken oder benötige ich Unterstützung; muss mein Essen vorbereitet werden? Ich verschlucke mich häufig. Wie muss die Konsistenz des Essens sein? Meine Lieblings Speisen und Getränke. Trage ich Zahnersatz?

Musik, Lieblingslieder, Entspannung: biografisch bedeutsame Musik, entspanne ich bei Musik hören oder Fernsehen; ich bin ungern allein.

Medikamente: benötige ich Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme; nehme ich lieber flüssige Medikamente?

Ausgefüllt von:

Beziehung zum Patienten:

Datum:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Angaben an das betreuende Klinikpersonal weitergegeben werden.

Eine Einrichtung der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH (GFO) · Zitat: entnommen aus dem Gedicht „Demenz“ · Autor unbekannt



*Bitte bleibe bei mir,
reiche mir die Hand.
Lass mich nicht alleine,
im unbekanntem Land.*

GFO Kliniken Bonn

GFO
Ja zur Menschenwürde.

STATIONEN MEINES LEBENSWEGES



- *Name / Vorname / Mädchenname / Rufname*

- *Geburtsort / Kindheit / Jugend*

- *Name / Beruf des Partners / Ehemannes*

- *Kinder (Namen, Anzahl)*

- *Enkel (Namen, Anzahl)*

- *Namen der Eltern*

- *Geschwister (Lieblingsgeschwister)*

- *Früherer Beruf / Berufstätigkeit*

- *Glaube (Konfession)*

- *Freundeskreis früher und heute*

WAS MIR SONST NOCH WICHTIG IST!

Weitere Anmerkungen, Gewohnheiten & Bedürfnisse



MEINE GEWOHNHEITEN UND LEBENSEREIGNISSE



- *Meine Hobbys / Interessen / Vorlieben*

- *Wenn ich traurig oder unruhig bin hilft mir immer*

- *Hilfen und Hilfsmittel, die ich benötige*

- *Kommunikation*

- *Körperpflege / Kleidung*

- *Meine Schlafgewohnheiten*

- *Ess- und Trinkgewohnheiten*

- *Musik / Lieblingslieder / Entspannung*

- *Medikamente*