

Patientendaten für den Spitalaufenthalt

Patient_in:

| | Name | Telefon 1 | Telefon 2 |
|----------------------------------|------|-----------|-----------|
| Bezugsperson | | | |
| Eingetragene oder Ehe-Partner_in | | | |
| Tochter/Sohn | | | |
| Andere | | | |

Personalien:

Patient_in möchte gerne mit folgendem Namen angesprochen werden:

Muttersprache:

andere Sprachen:

Adresse Patient_in:

Frühere Tätigkeiten (Beruf etc.):

Patient_in lebte in (Ort/Kulturkreis):

| Verschriebene Medikamente | Dosierung | Bemerkung |
|---------------------------|-----------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Beilagen:

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Medikamentenliste

Weiteres:

Hausärztin, Hausarzt (Name und Telefon):

externe Hilfe zuhause (Spitex, Tagesstätte):

| Selbstmedikation | Dosierung | Bemerkung |
|------------------|-----------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Medikamenteneinnahme:

selbstständig

mit Hilfe

spuckt sie aus

Das Sprachverständnis ist ...

| | |
|----------------------------|-----------------------|
| weitgehend erhalten | auf Gesten beschränkt |
| auf kurze Sätze beschränkt | nicht mehr vorhanden |

Die Sprechfähigkeit ist ...

| | |
|---------------------|----------------------|
| weitgehend erhalten | leicht eingeschränkt |
| stark eingeschränkt | nicht mehr vorhanden |

Die Sehfähigkeit ist ...

| | |
|---------------------|-------------------------|
| weitgehend erhalten | leicht eingeschränkt |
| stark eingeschränkt | Patient_in trägt Brille |

Die Hörfähigkeit ist ...

| | |
|---------------------|---------------------------|
| weitgehend erhalten | leicht eingeschränkt |
| stark eingeschränkt | Patient_in trägt Hörgerät |

Essen und Trinken: Patient_in ...

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| isst selbstständig | isst mit Besteck |
| trinkt selbstständig | isst mit den Fingern |
| braucht Hilfe beim Schneiden | verschluckt sich |
| braucht Anleitung | braucht püriertes Essen |
| braucht Essenseingabe | trägt Zahnprothese |

Bevorzugte Speisen/Getränke:**Abneigungen:****Unverträglichkeiten:****Toilette: Patient_in ...**

| | |
|-------------------|-----------------|
| ist selbstständig | braucht Hilfe |
| braucht Training | ist inkontinent |

| | | |
|---------------------|---------------|-----------|
| Körperpflege | selbstständig | mit Hilfe |
|---------------------|---------------|-----------|

| | | |
|--------------|---------------|-----------|
| Baden | selbstständig | mit Hilfe |
|--------------|---------------|-----------|

| | | |
|----------------|---------------|-----------|
| Duschen | selbstständig | mit Hilfe |
|----------------|---------------|-----------|

Wehrt sich gegen:**Das Kurzzeitgedächtnis ist ...**

| | |
|----------------------|---------------|
| weitgehend erhalten | eingeschränkt |
| nicht mehr vorhanden | |

Die örtliche Orientierung ist ...

| | |
|---|---------------|
| weitgehend erhalten | eingeschränkt |
| Risiko wegzulaufen und sich zu verirren | |

Die zeitliche Orientierung ist ...

| | |
|---------------------|---------------|
| weitgehend erhalten | eingeschränkt |
|---------------------|---------------|

Das Erkennen: Patient_in erkennt ...

| | |
|---|-------------------|
| alltägliche Gegenstände | bekannte Personen |
| Situationen und entsprechende Erwartungen | |

Hautprobleme, Allergien, Empfindlichkeiten:**Schlaf**

| | |
|----------------------------|------------------|
| Einschlafschwierigkeiten | Tag-/Nachtumkehr |
| Durchschlafschwierigkeiten | schläft gut |

Verhalten: Patient_in ...

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| will keinen Körperkontakt | kann ablehnend reagieren |
| ist häufig traurig | überschätzt sich |
| leistet Widerstand | akzeptiert Hilfe |

Ärgert sich über:**Wird unruhig bei:****Hat Angst vor:****Lässt sich beruhigen durch:****Zu beachtende Gewohnheiten:**