Handreichung für Ärzte und Pflegepersonal im Krankenhaus

Patient Name:	**Gesetzl. Betreuer** Name:
Adresse:	Adresse:
geb.:	Telefon:
Hauptbezugsperson Name:	Mobiltelefon:
Adresse:	**Mitaufnahme:** ☐ ja ☐ nein ☐ Hauptperson ☐ Mitarbeiter/in der Einrichtung/Dienst ☐ Sonstige Person
Telefon:	
Mobiltelefon:	

Allgemeines

1. Der Patient/die Patientin ist schwer und komplex beeinträchtigt, z.B. geistig, sinnesbezogen, psychisch, körperlich behindert und/oder schwer mehrfachbehindert. Er/sie braucht eine ausführliche, einfühlsame, langsame und mehrfache Erklärung der einzelnen Maßnahmen, i.d.R. in einfacher Sprache. Der Arzt/die Ärztin sollte dabei eine ruhige Stimmlage anstreben und dem Patienten/der Patientin möglichst nicht unmittelbar in die Augen sehen.
2. Diagnostische und therapeutische Eingriffe sollten dem Patienten/der Patientin in Absprache mit dem gesetzl. Betreuer/der gesetzlichen Betreuerin (wenn vorhanden) und ggf. der Hauptbezugsperson und der Begleitperson individuell und oft möglichst erst am Tag des Eingriffs bekannt gegeben werden, um unnötige Unruhe und Schlafstörungen zu vermeiden.
3. Menschen mit schweren und komplexen Beeinträchtigungen im o.g. Sinne neigen aus Angst vor unbekannten Menschen und unbekannter Umgebung ggf. zu hektischer Abwehr. Wenn es nötig ist, kann eine vertraute Person (Angehörige/r, Bezugsperson oder gesetzl. Betreuer/in) eine Fixierung durch Halten an Armen und Beinen vermeiden.

St. Johannes-Hospital gemeinnützige GmbH
Case Management
Bleichenpfad 9
26316 Varel

Tel.: 0 44 51 / 920-2262
Fax: 0 44 51 / 920-2664

Eine Einrichtung der HOSPITAL GESELLSCHAFT JADE • WESER

Einweisung/Überleitung am: _____

Verlegung von Einrichtung: _____

Tel.-Nr.: _____

Ansprechpartner: _____

Art der Behinderung:	
Konsequenzen der Beeinträchtigung/Behinderung:	
Sonstiges:	
Hausarzt:	**Ambulanter Pflegedienst:**

religiöse Bedürfnisse:

Pflegestufe vorhanden	ja ❑	nein ❑	
Verordnung häuslicher Krankenpflege beantragt:	ja ❑	nein ❑	
Pflegestufen beantragt:	ja ❑	nein ❑	Pflegestufe: 1❑ 2 ❑ 3❑
Härtefallregelung	ja ❑	nein ❑	
Haushaltshilfe	ja ❑	nein ❑	

Pflegehilfsmittel beantragt:

Pflegebett:	vorhanden ❑	ist beantragt ❑	/ Bettnachtschränke	vorhanden ❑	ist beantragt ❑
Antidekubitusmatratze	vorhanden❑	ist beantragt ❑	/ Rollator	vorhanden ❑	ist beantragt ❑
Badewannenlifter:	vorhanden ❑	ist beantragt ❑	/ Hausnotrufsystem	vorhanden ❑	ist beantragt ❑
Toilettenstuhl	vorhanden ❑	ist beantragt ❑	/ Rollstuhl	vorhanden ❑	ist beantragt ❑
Duschstuhl	vorhanden ❑	ist beantragt ❑			

Sonstiges: _____

Therapeutische Maßnahmen

Krankengymnastik ❑ Ergotherapie ❑ Logopädie ❑

St. Johannes-Hospital gemeinnützige GmbH
Case Management
Bleichenpfad 9
26316 Varel

Tel.: 0 44 51 / 920-2262
Fax: 0 44 51 / 920-2664

Kommunikation

Hören:	Hörgerät ❑ Brille ❑ Lesebrille ❑ Kontaktlinsen ❑
Sprechen:	
Sehen:	
Besonderheiten:	

Wahrnehmung/Sensibilität

Wahrnehmungs- und/oder Sensibilitätsstörungen ja ❑ nein ❑ Gestörte Schmerzempfindungen ja ❑ nein ❑	Besonderheiten:

Persönliche Gewohnheiten

Umgangsformen

Bewegung

selbständig ❑ Hinlauf-/Weglauftendenzen ❑

Pat ist bettlägerig ❑ kann sich kaum bewegen ❑ teilweise gelähmt ❑ sitzend ❑ gehend ❑ Tremor ❑

Schmerzen bei der Bewegung ❑ ; Wo? _____

Pat kann nicht ohne Hilfe stehen oder gehen ❑ ; benutzt einen Rollstuhl ❑ ; einen Gehwagen; ❑ einen Stock ❑

Armprothese ❑ ; Beinprothese ❑ ; Kontrakturen ❑ wo? _____ Stützstrümpfe ❑

Sonstige Probleme: _____

Ressourcen: _____

Ernährung

Hilfestellung: ja ❑ nein ❑ Mundgerechte Zubereitung ❑, Anreichen ❑, Ernährungssonde ❑ Trinkverhalten: Selbständig ❑ Anhalten zum Trinken ❑ Darreichung des Trinkens ❑	Mag gern / mag nicht / Unverträglichkeiten:

St. Johannes-Hospital gemeinnützige GmbH
Case Management
Bleichenpfad 9
26316 Varel

Tel.: 0 44 51 / 920-2262
Fax: 0 44 51 / 920-2664

St. Johannes HOSPITAL VAREL

Körperpflege Kleidung

	Ohne Hilfe	Braucht Anregung	braucht Hilfe	Übernahme	Bemerkung
Waschen					Bett ❑ Bad ❑ Waschbecken ❑
Baden					
Duschen					
Mundpflege					
Zahnprothese					
Rasieren					
Kämmen					
An- und auskleiden					

Ausscheiden

Selbständig ❑ zur Toilette geführt werden ja ❑ nein ❑ Toilettenstuhl ❑ Steckbecken ❑ Urinflasche ❑

Pat ist: Kontinent ❑ gelegentlich inkontinent ❑ inkontinent ❑ tags ❑ nachts ❑

Harninkontinenz ❑ seit: _____
Blasenkatheter ❑ seit: _____
SPK ❑ seit: _____
Blaseninfektion ❑ seit: _____
Urinar ❑ seit: _____
❑
❑

Stuhlinkontinenz ❑ seit: _____
Obstipation ❑ seit: _____
Laxantienabusus ❑ seit: _____
Anuspräter ❑ seit: _____
Durchfall ❑ seit: _____
Stuhlgang: letzter am: _____
Abführmittel: _____

Besonderheiten: _____

Anus Praeter Beutel (Firma) _____

DK-SPK: letzter Wechsel am _____ CH _____ mit _____ ml Aqua geblockt

Benötigte Hilfsmittel: am Tag ❑ nachts ❑ Artikel _____

mit Inkontinenzvorlagen versorgt ❑

Sonstige Probleme/Ressourcen:

Atmen

Einschränkungen/Ressourcen
Sauerstoffgabe ja ❑ nein ❑ Sauerstoff-Gerät vorhanden ja ❑ nein ❑
Atemunterstützende Maßnahmen und Hilfsmittel (welche, womit, wie oft) _____
Tracheostoma: Produkt _____ Typ _____ Größe _____Wechsel am _____
Absaugen nein ❑ ja (wo/wie oft?) _____

Schlaf

Ungestört ❑ Schlafstörung ❑ nächtliche Unruhe ❑
Besonderheiten: z. B. Verwirrtheit ❑

St. Johannes-Hospital gemeinnützige GmbH
Case Management
Bleichenpfad 9
26316 Varel

Tel.: 0 44 51 / 920-2262
Fax: 0 44 51 / 920-2664

Eine Einrichtung der HOSPITAL GESELLSCHAFT JADE • WESER

St. Johannes HOSPITAL VAREL

Medikation lt. Anordnung des Arztes

Bisherige Medikation (siehe auch Anhang ❑)	Marcumartherapie:		ja ❑	nein ❑
	Schmerztherapie		ja ❑	nein ❑
	Insulin:		ja ❑	nein ❑
	Verabreichung:	per Spritze ❑	Pen ❑	Insulinpumpe ❑
	Injektion:	selbständig ❑		Angehörige ❑
		Anleitung ❑		Übernahme ❑
	Blutzuckerkontrolle (Häufigkeit)			

Einnahme: selbständig ❑ Bereitstellen der Tagesration ❑ Überwachen der Einnahme ❑
letzte Medikation: morgens ❑ mittags ❑ abends ❑ Zeitpunkt/Uhrzeit: _____
Hat der/die Patient/in Medikamente von zu Hause mitgebracht? Ja ❑ Nein ❑

Allergien: ja ❑ nein ❑ _____

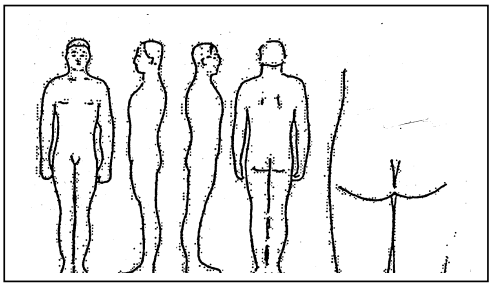
Welche? _____

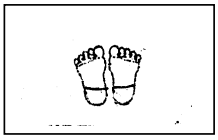
Hautzustand

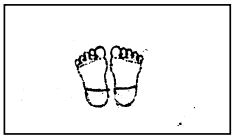
Dekubitus ja ❑ nein ❑
Rötung, Wunde, Taschenbildung (einzeichnen nach Seiler)
Grad 1 - Rötung
Grad 2 - Blasenbildung
Grad 3 - Hautzerstörung, Taschenbildung
Grad 4 - tiefe Gewebezerstörung, Knochenbeteiligung

Legende zur Zeichnung

A = allergische Reaktion
D* = Dekubitus (*=Grad I-IV)
C = Contusionen, Prellungen
H = Hämatome
HA = Hautausschlag
N = Narbe
PI = Pilzbefall der Haut
V* = Verbrennungen (*Grad I-IV)
K = Kontrakturen
W = Wunde
Hautbeschaffenheit Intakt ❑ trocken ❑







Wundversorgung und Wundbericht

Behandlung (Produkt, Häufigkeit)

Raum für weitere Hinweise

_____
Datum, Unterschrift

ggf. Stempel der Einrichtung

St. Johannes-Hospital gemeinnützige GmbH
Case Management
Bleichenpfad 9
26316 Varel

Tel.: 0 44 51 / 920-2262
Fax: 0 44 51 / 920-2664

Eine Einrichtung der HOSPITAL GESELLSCHAFT JADE • WESER