

Patienten-Datenblatt für den Spitalaufenthalt

Name Patient:

	Name:	Telefon Festnetz:	Telefon Mobil:
Bezugsperson in der Familie:			
Partnerin / Partner:			
Tochter / Sohn:			
andere:			

Patientenverfügung beiliegend ☐ ja ☐ nein
 Vorsorgevollmacht beiliegend ☐ ja ☐ nein
 Medikamentenliste beiliegend ☐ ja ☐ nein

Patient möchte gerne mit folgendem Namen angesprochen werden:

.....

Muttersprache:

.....

andere Sprachen:

.....

Medikamente vom Arzt	Dosierung	Bemerkung

Adresse Patient:

.....
.....

Hausarzt (Name und Telefonnummer):

.....
.....

externe Hilfe zu Hause (Spitex, Tagesstätte):

Selbstmedikation	Dosierung	Bemerkung

Das Sprachverständnis ist...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> weitgehend erhalten | <input type="checkbox"/> auf Gesten beschränkt |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nicht mehr vorhanden |
| <input type="checkbox"/> auf kurze Sätze beschränkt | |

Die Sehfähigkeit ist...

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> weitgehend erhalten | <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt |
| <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Patient trägt Brille |

Die Sprechfähigkeit ist...

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> weitgehend erhalten | <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt |
| <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nicht mehr vorhanden |

Die Hörfähigkeit ist...

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> weitgehend erhalten | <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt |
| <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Patient trägt Hörgerät |

Essen und Trinken: Patient...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> isst selbständig | <input type="checkbox"/> isst mit Besteck |
| <input type="checkbox"/> trinkt selbständig | <input type="checkbox"/> isst mit den Fingern |
| <input type="checkbox"/> braucht Hilfe beim Schneiden | <input type="checkbox"/> verschluckt sich |
| <input type="checkbox"/> braucht Anleitung | <input type="checkbox"/> braucht püriertes Essen |
| <input type="checkbox"/> Essen eingeben | <input type="checkbox"/> trägt Zahnprothese |

Bevorzugte Speisen und Getränke:

.....

Abneigungen, Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln:

.....

Toilette: Patient...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ist selbständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe |
| <input type="checkbox"/> braucht Toilettentraining | <input type="checkbox"/> ist inkontinent |

Körperpflege

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
|--------------------------------------|------------------------------------|

Baden

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
|--------------------------------------|------------------------------------|

Duschen

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
|--------------------------------------|------------------------------------|

Wehrt sich gegen:

.....

.....

Hautprobleme, Allergien, Empfindlichkeiten?

.....

Gewohnheiten, die beachtet werden sollten

.....

Schlaf

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einschlafschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Tag-/ Nachtumkehr |
| <input type="checkbox"/> Durchschlafschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> schläft gut |

Verhalten, Besonderheiten:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tendenz zum Weglaufen | <input type="checkbox"/> hält lieber Distanz |
| <input type="checkbox"/> kann ablehnend reagieren | <input type="checkbox"/> ist häufig traurig |
| <input type="checkbox"/> überschätzt sich selbst | <input type="checkbox"/> leistet Widerstand |
| <input type="checkbox"/> will keinen Körperkontakt | <input type="checkbox"/> akzeptiert Hilfe |

ärgert sich über:

.....

wird unruhig wenn:

.....

hat Angst wenn:

.....

lässt sich beruhigen durch:

.....

frühere Tätigkeiten (Beruf etc.):

.....

Patient hat gelebt (Ort / Kulturkreis):

.....