

Demenzüberleitungsbogen

Frau/Herr _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Ehemaliger Beruf _____

Biographische Besonderheiten / Hobbys

Personen und Gegenstände, die von Bedeutung sind / Status

(Bezugspersonen, aber z. B. auch frühere Haustiere)

1.) _____ / _____

2.) _____ / _____

Nähe und Distanz

- reagiert positiv auf Körperkontakt
- hält lieber Distanz
- braucht Blickkontakt
- toleriert nur gleichgeschlechtliche Pflegekraft
- kann abrupt ablehnend reagieren, wenn

Stimmung

- ängstlich
- gereizt
- depressiv
- euphorisch

Sprachfähigkeiten

- kurze Fragen werden verstanden
- Gesten werden verstanden
- kurze Sätze können gebildet werden
- kann nicht sprechen, versteht einfache Sätze
- Sprachverständnis fehlt
- Verlust der Sprachfähigkeit

Herausforderndes Verhalten

- Rückzug
- Apathie
- Hinlauftendenz
- schlagen
- weinen
- lachen
- schreien
- mit Gegenständen werfen
- spucken
- mit Kot schmierern
- nachtaktiv
- fortwährend rufen
- sonstiges:

Was wirkt beruhigend / aktivierend?

Angstauslösende Faktoren

- z.B.: Dunkelheit in der Nacht _____

Essen und Trinken:

- ausreichend selbstständig
- erkennt Essen nicht
- isst nicht selbstständig
- benötigt Zeit bei den Mahlzeiten
- Besteck muss in die Hand gelegt werden
- isst mit den Fingern
- mundgerechte Zubereitung erforderlich
- braucht Anleitung und Beaufsichtigung
- erkennt Getränke nicht
- trinkt nicht selbstständig die ausreichende Tagesmenge

Schluckstörung:

- bislang nicht bekannt
- tritt auf bei folgenden Speisen:

Wünsche und Vorlieben:

(z. B.: bevorzugte Speisen und Getränke ...)

Abneigungen und Unverträglichkeiten:

Einrichtung / Stempel Name: _____
(in Druckbuchstaben)

Datum: _____ Unterschrift: _____