

Handreichung für Ärzte und Pflegepersonal im Krankenhaus

Patient

Name _____ Vorname _____

geb. am _____

Adressenzusatz _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Begleitperson

ist Rechtlicher Betreuer für die
Gesundheitsorge

Hauptbezugsperson

Mitarbeiter/in der Einrichtung

Name _____ Vorname _____

Adressenzusatz _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobiltelefon _____

Mitaufnahme? ja nein

Hauptbezugsperson

Name _____ Vorname _____

Adressenzusatz _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobiltelefon _____

Rechtlicher Betreuer für die Gesundheitsorge

Name _____ Vorname _____

Adressenzusatz _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobiltelefon _____

Der Patient hat der Begleitperson Vollmacht für den Bereich der Gesundheitsorge erteilt und erhält diese aufrecht (Anlage: Vollmacht).

Der rechtliche Betreuer hat der Begleitperson Vollmacht gegeben, notwendige Einwilligungen im Zusammenhang mit der akuten Behandlung zu geben (Anlage: Kopie Betreuerausweis und Vollmacht).

Allgemeines

- 1.** Der Patient / die Patientin ist geistig behindert. Er / sie braucht wie jeder andere Patient eine ausführliche, einfühlsame, langsame und mehrfache Erklärung der einzelnen Maßnahmen, und zwar **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 der Hauptbezugsperson und der Begleitperson möglichst erst am Tag des Eingriffs bekannt gegeben werden, um unnötige Unruhe und Schlafstörungen zu vermeiden.
- 3.** Behinderte Menschen neigen aus Angst vor unbekanntem Menschen und unbekannter Umgebung zu hektischer Abwehr. Wenn es nötig ist, kann eine vertraute Person (Angehöriger oder Betreuer) eine Fixierung durch Halten an Armen und Beinen vermeiden.

Medikamente vom Hausarzt

Unverträglichkeiten

Persönliche Bedingungen

Art der Behinderung / Intelligenzminderung:	
Konsequenzen der Behinderung	
Kommunikation	
Hören:	
Sprechen:	
Sprache:	
Verständnis:	einfache Sprache <input type="checkbox"/>
Sehen:	
Lesen:	
Schreiben:	
Besonderheiten:	
Wahrnehmungs- und / oder Sensibilitätsstörungen?	nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja	
Gestörte Schmerzempfindungen?	nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja	
Weglauftendenz?	nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja	
Orientierung (Zeit / Ort / Situation):	
Hautzustand:	intakt <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> trocken	
<input type="checkbox"/> Hämatome	<input type="checkbox"/> Wunden
<input type="checkbox"/> Ausschlag:	
Ernährung	
Essen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme *)
Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Einschränkungen:	
Toilette	
Urin	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Besonderheiten:	
Inkontinenz?	nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz
S. 6	Besonderheiten:

Schlafen	<input type="checkbox"/> ungestört
	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
	<input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe
	<input type="checkbox"/> Nachtwache nötig
Lage?	
Dekubitus?	
Besonderheiten:	
Körperpflege	
Waschbecken	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Dusche	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Vollbad	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Haare waschen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Zähne putzen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Prothese reinigen	<input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Rasieren	<input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Kämmen	<input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Nagelpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Hautpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Besonderheiten;	
Mobilität	
Aufstehen:	
Gehen:	
Gehhilfe / Rollstuhl:	
Toilettengang:	
Sitzen auf Stuhl:	
Beweglichkeit im Bett:	
Lagerung im Bett:	
Besonderheiten:	
Medikamenteneinnahme	
Tabletten	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Spritzen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Übernahme
Besonderheiten:	
Persönliche Gewohnheiten:	
Umgangsformen:	
Sonstiges:	

***) Erläuterung zu „Übernahme“:**

Falls eine Begleitperson mitaufgenommen ist, muss zwischen dieser und dem Pflegepersonal für jede der „Kategorien“ die Zuständigkeit abgesprochen sein.