



Planung des Krankenhausaufenthaltes

Sollte sich das Formular nicht ausfüllen lassen,
so laden Sie bitte die Datei auf Ihren Rechner
und öffnen Sie diese dann im Acrobat Reader.

Daten des Patienten

Name _____

Vorname _____

Gewohnte Anrede _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Behinderung Nein Ja Art der Behinderung _____

Chronische
Krankheiten _____

Einsichtsfähigkeit
in Krankheit + Ablauf _____

Einrichtung / Ansprechpartner

Einrichtung _____

Name _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Bezugsperson und Betreuung

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Bezug zum Patienten
z. B. Eltern, Kind, Partner _____

Betreuung / Betreuer

Betreuung Nein Ja* *Betreuung liegt vor: Vorlage des Originals bei der Aufnahme nötig

Name _____

Adresse _____

Telefon/ E-Mail _____

Daten zur Begleitperson

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Telefon/ E-Mail _____
Aufnahme der Begleitperson erforderlich Nein Ja

Medikamente/ Vorbefunde

Einweisender Arzt _____
Hausarzt _____
Keimsituation* MRSA: Nein Ja *Bei Patienten aus Heimen aktuellen Laborbericht mitbringen
Allergien _____
Einnahme von
Medikamente Selbständig Übernahme notwendig
Schluckstörung Nein Ja Welche: _____
Bedarfsmedikamente _____

Besonderheiten bei der Verabreichung

Besonderheiten bei der Behandlung

Medizinische
Besonderheiten _____
Akzeptanz von Pflaster,
Infusionsnadeln etc. _____
Ängste
(z. B. Spritzen) _____
Umgang mit
auftretenden Krisen _____

Kommunikation

Sprachfähigkeit _____

Sprachverständnis _____

Aufklärung in einfacher Sprache: Nicht notwendig Ja, notwendig

Nonverbale Kommunikation _____

Notwendige Hilfsmittel (bitte mitgeben):

Notwendige Hilfsmittel

Rollstuhl Gehhilfe Lagerungshilfe

Sonstiges (Lifter, Brille, Hörgerät etc.):

Essen und Trinken

Nahrungsaufnahme selbstständig Hilfe erforderlich Welche: _____

Nahrungsvorlieben _____

Nahrungsabneigungen _____

Allergien/Unverträglichkeiten _____

Zahnprothese Nein Ja

Schlafen

Einschlafstörungen Nein Ja

Schlafstörungen Nein Ja Nächtliches Aufstehen Nein Ja

Schlafgewohnheiten:

Körperpflege

Körperpflege selbstständig

Auf Hilfestellung angewiesen Welche _____

Hautempfindlichkeiten,
Wunden _____

Abwehrendes Verhalten bei _____

Toilettengang

Harninkontinenz Nein Ja

Stuhlinkontinenz Nein Ja

Durchführung Selbständig Hilfestellung notwendig

Hilfestellung bei:

Persönliche Gewohnheiten/Besonderheiten

Vorlieben _____

Abneigungen _____

Tagesablauf _____

Wichtige persönliche Gegenstände
z. B. Stofftiere, Bild o. ä. _____

Bewegungsfähigkeit _____

Hinlauftendenzen Nein Ja

Sturzgefahr Nein Ja

Kontrakturen _____

Ängste _____

Fremd- /Autoaggressivität _____

Auffälligkeiten im Verhalten _____

Rituale _____

Besonderheiten

Anwesenheit der Bezugsperson, notwendig bei:

Schmerzempfinden _____

Sensibilitätsstörungen _____

Sehen _____

Hören _____

Sprechen _____

Lesen _____

Schreiben _____

Desorientierung Ja Situativ Zeitlich Örtlich
Nein

Sonstiges

Folgendes muss ich Ihnen noch mitteilen:

Alle Angaben sind freiwillig. Sie dienen ausschließlich der möglichst optimalen Betreuung während des Aufenthaltes in unserem Krankenhaus. Wenn Sie uns die Checkliste bereits vor der Aufnahme zukommen lassen, gelten hierfür alle Betroffenenrechte des Datenschutzes. Wir informieren über diese auf unserer Webseite (unter „Datenschutz“) oder händigen Ihnen auf Wunsch vorab ein Exemplar aus. Im Detail werden Sie auch hierzu während der Aufnahme informiert.

Drücken Sie den Button und schicken Sie uns das Kontaktformular per Mail.

Vielen Dank, Ihr DIAKO-Team

PER E-MAIL VERSENDEN