

Privates und Vertrauliches

LIFESTYLE AUDIT (Lebensstil/ Beobachtungsbogen)

Name des Partienten _____ Name der Person, die den Fragebogen ausfüllt _____

Geburtsdatum _____ Beziehung/ Verhältnis zum Patienten _____

In Oakdene sind viele Patienten aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage, diesen Fragebogen zum Krankheitsverlauf angemessen auszufüllen. Deshalb wurde dieser für das Pflegepersonal entworfen. Ein weiterer Fragebogen wird derzeit entwickelt; Er ist gedacht für Menschen mit einer frühen Demenz und zielt darauf, individuelle Pflegebedürfnisse herauszustellen.

Der vorliegende Fragebogen soll Aufschluss geben über Einzelheiten des Patienten wie (An)Gewohnheiten, Marotten, Ängste, Phobien spezielle Vorlieben. Der Fragebogen soll das Pflegepersonal dabei unterstützen, die best mögliche individuelle Pflege anbieten zu können. Er soll vom Pflegepersonal in enger Zusammenarbeit mit dem Patienten und, falls möglich, den Angehörigen ausgefüllt werden.

Bitte beachten Sie, dass die spezifischen Fragen nur als Anknüpfungspunkte gedacht sind. Fügen Sie gerne weitere Informationen, die Sie für wichtig erachten, hinzu. Ist die Antwort auf eine Frage „Ja“, so kommentieren Sie dieses bitte.

| Fragen | Ja oder ein | kurze Kommentare |
|---|-------------|--|
| Körperliche Gesundheit | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient Allergien? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Wissen Sie von körperlichen Problemen, unter denen der Patient leidet/ gelitten hat? | | Falls ja , nennen Sie jede Beschwerde, jedes Problem |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient unter Schmerzen/ Beschwerden gelitten und an welchen Stellen des Körpers? | | Falls ja, listen Sie bitte auf wo |
| <ul style="list-style-type: none"> Hatte der Patient Operationen? | | Liste der Operationen hier: |

| Fragen | Ja oder ein | kurze Kommentare |
|--|-------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hatte der Patient in den letzten Jahren, an Wunden/ Entzündungen zu leiden? | | Bitte nennen Sie wo |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sind Sie über irgendwelche speziellen Vorkommnisse, in Bezug auf die körperliche Gesundheit des Patienten besorgt? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hat der Patient eine neuere Krankengeschichte in Bezug auf Stürze oder Unsicherheiten? | | Falls Hinweise und Gründe bekannt, bitte aufzählen |
| Psychische Gesundheit | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hat der Patient Interesse an speziellen Aktivitäten? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Welche Art der Freizeitgestaltung gefällt dem Patienten, Laufen, Singen, Soziale Kontakte knüpfen, Tanzen, Reisen Musikinstrumente spielen etc.? | | Welche? |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hatte der Patient schon früher psychische Probleme oder eine Anfälligkeit für depressive Tendenzen, Panik, Angstattacken, Verwirrungen etc? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hat der Patient jemals über Selbstverletzung oder Selbstmord gesprochen? | | |

| Fragen | Ja oder ein | kurze Kommentare |
|---|-------------------|---|
| Persönlichkeit | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Mag der Patient die Gesellschaft mit anderen? | | Mit wem im Speziellen? |
| <ul style="list-style-type: none"> Wie würden Sie den Humor des Patienten beschreiben, lebhaft, scharf etc.? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Würden Sie den Patienten überwiegend als extrovertiert oder introvertiert beschreiben? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient negative Charaktereigenschaften gezeigt z.B. Launen, aggressives Verhalten? | | Bitte hier beschreiben |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient positive Charaktereigenschaften gezeigt z.B. umsorgend, geistreich, witzig? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Was hat der Patient in der Vergangenheit gearbeitet. Hat er seine Arbeit gemocht - oder spezielle Aspekte davon? | | |
| Kommunikation | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient jemals eine spezielle Form der Kommunikation benutzt, z.B. Zeichensprache, Wörter und Bilder, Assistenz durch den Computer? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Ist die Muttersprache des Patienten Englisch- Falls nicht, welches ist die Muttersprache? | | Ist ein Übersetzer erforderlich? Ist ein bestimmter Übersetzer mit ihm in Kontakt? |

| Fragen | Ja oder ein | kurze Kommentare |
|---|-------------------|-------------------------------------|
| Persönliche Hygiene | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient bevorzugte Bedürfnisse, von denen wir wissen sollten, z.B. die Art der Kleidung, Kleid, Hose, Manschettenknöpfe, Krawatte, Farben und Stil? | | Bitte aufzählen welche |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient besondere Gewohnheiten/Vorlieben bezüglich des Waschens/Anziehens von denen Sie wissen? | | Bitte aufzählen welche |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient besondere Toilettenartikel bevorzugt oder eine bestimmte Marke ? | | Bitte aufzählen mit Marke |
| <ul style="list-style-type: none"> Duscht oder badet der Patient lieber- gibt es Überlegungen bezgl. des Gebrauches eines Duschstuhls etc? | | Bitte aufzählen und wie oft |
| Kontinenz | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Wissen Sie von besonderen Problemen in diesem Bereich z.B., ob der Patient zu Verstopfung neigt oder spezielle Methoden damit umzugehen, z.B. Medikamente, extra Ballaststoffe etc. ? | | Aufzählen, welche Medikamente, etc. |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient bestimmte Ausdrücke, die er benutzt wenn er zur Toilette muss? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient spezielle Gewohnheiten oder Routinen in diesem Bereich, z.B. hätte er gerne einen Nachtstuhl im Zimmer, hat er es lieber, wenn eine Person gleichen Geschlechts ihm hilft etc.? | | |

| Fragen | Ja oder ein | kurze Kommentare |
|--|-------------------|--------------------------------|
| Schlaf | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hat der Patient bestimmte Anforderungen/Vorgehensweise bevor er schläft? z.B. ein Milchgetränk oder ein Snack vor dem Zubettgehen und falls ja, was? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Benötigt der Patient etwas Spezielles, um schlafen zu können z.B. Kleidung die er trägt, Licht an oder aus, schwere oder leichte Decke? | | Bitte aufzählen welche |
| <ul style="list-style-type: none"> • Schläft der Patient nur auf eine bestimmte Weise, an einem bestimmten Ort? | | Falls „ja“, was ist hilfreich? |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wann geht der Patient gewöhnlich zu Bett, wann steht er auf? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mag der Patient Stille oder bevorzugt er Hintergrundmusik? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Würde ihm eine Uhr im Zimmer beim Einschlafen helfen? Sollte die Uhr digital sein oder ticken? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Welche Zimmertemperatur ist für den Patienten angenehm? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hat der Patient vor dem Schlafengehen bestimmte Gewohnheiten, wenn ja, welche? | | |

| Fragen | Ja oder ein | kurze Kommentare |
|--|-------------------|------------------|
| Essen und Trinken | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Mag der Patient bestimmte Dinge gerne oder überhaupt nicht, z.B. Tee oder Kaffee, Zucker oder keinen, bestimmte Lebensmittel Falls ja, welche? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Muss der Patient eine Diät einhalten ? Falls ja, warum? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient bestimmte Gewohnheiten bezgl. Essen und Trinken, z.B. Temperatur des Essens, Würze, spezielle Orte für das Essen etc. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Ist der Appetit des Patienten zu bestimmten Mahlzeiten größer, z.B. isst der Patient mittags besser als zum Frühstück? Falls ja, wann und mögliche Gründe? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Isst der Patient lieber alleine oder in Gemeinschaft? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Benutzt der Patient zum Essen bestimmtes oder spezielles Besteck? Falls ja, welches | | |

| Fragen | Ja oder ein | kurze Kommentare |
|---|-------------------|------------------|
| Essen und Trinken | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient Vorlieben, die seinen Appetit anregen könnten? | | |
| Spiritualität | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Ist der Patient religiös und welcher Religion gehört er an? Hatten Sie eine Rücksprache mit einem ausgewiesenen Priester, Kaplan bzgl. relevanter Pflegeaspekte? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient kulturelle Bedürfnisse oder Vorlieben? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient an Gottesdiensten teilgenommen z.B. in der Kirche, Moschee u.a.)? Möchte er, dass ein Pastor, Kaplan oder andere religiöse Person in die Pflege eingebunden wird? Falls ja, hat der Patient Kontakt zu einer Persönlichkeit und notieren Sie dessen Telefonnummer | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient spezielle Verhaltensweisen bzw. Anforderungen in Bezug auf seine Religion z.B. im Hinblick auf Essen und Trinken, religiöse Zeremonien u.a.? | | |
| Sonstiges | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Braucht der Patient eine bestimmte Ausstattung z.B. Gehhilfen, Hörgeräte, Brille, Druckpolster, Matratzen? Falls ja, welche? | | |

| Fragen | Ja oder ein | kurze Kommentare |
|--|-------------------|---------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Gibt es sonstige Gewohnheiten, Routinen, Vorlieben, Abneigungen von denen Sie wissen? Falls ja, welche? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Gibt es Medikamente, über deren Wirksamkeit/ Unwirksamkeit Sie wissen? Falls ja, nennen Sie diese und deren Auswirkungen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Möchte der Patient bestimmte Dinge bei sich tragen z.B. Handtasche, Taschentücher vertraute Gegenstände? Falls ja, welche? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient Fotos, Möbeln etc., die für ihn wichtig sind und eine Erinnerung bedeuten? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Mag der Patient Tiere und hatte er/sie Haustiere? Besteht Kontakt zu diesem Haustier? | | Bitte Haustier mit Namen nennen |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient enge Freunde, Kollegen, die für ihn wichtig sind? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hat der Patient Kinder oder Geschwister? | | |

Weitere Kommentare

Fragebogen ausgefüllt von: _____

Unterschrift der Krankenschwester _____

Name und Funktion _____

Datum _____

Unterschrift der Angehörigen/ Pflegepersonen _____

Name _____

Datum _____

Zusammenfassung von Punkten, die gefunden wurden und in den Pflegeplan eingearbeitet werden

| | |
|-----------------------------------|--|
| psychische Gesundheit | |
| körperliche Gesundheit | |
| Persönlichkeit | |
| Kommunikation | |
| Persönliche Hygiene | |
| Kontinenz | |
| Schlaf | |
| Essen und Trinken | |
| Spiritualität | |
| Sonstiges | |

Datum der Informationseinarbeitung in den Pflegeplan: _____

Name: _____

Dienstgrad: _____

Datum für das sechswöchige Treffen des Pflegepersonals: _____

Beurteilung des Fragebogens

1. Fanden Sie es nützlich?

2. Fehlen Bereiche?

Verbesserungsvorschläge:

Danke für Ihre Mitarbeit!