Krankenhausbegleitborgen zur Vertreterdokumentation, Anika Hülff

Informationen für das medizinische und pflegerische Personal im Krankenhaus

**Hilfebedarf**

# Die vertretene Person benötigt Unterstützung bei folgenden Tätigkeiten:

Duschen/Körperpflege:  Ja  Nein

Zerkleinerung von Essen:  Ja  Nein

Nahrungsaufnahme:  Ja  Nein

Anreichen von Flüssigkeit **(bedient sich nicht selbst!)**  Ja  Nein

Medikamenteneinnahme:  Ja  Nein

Orientierung:  Ja  Nein

Es besteht eine Inkontinenz:  Ja  Nein

Genaue Beschreibung der Inkontinenz:

**Vorerfahrungen/Ängste/Kooperation**

# Die vertretene Person hat folgende Erfahrungen mit Krankheiten/ Krankenhäusern/ Ärzten/ medizinischen Maßnahmen/ Operationen

       
Die vertretene Person hat Angst vor:  
        
Compliance in Bezug auf medizinische Erfordernisse:  
        
Das hilft bei Angst/Unruhe:

**Kommunikation/Interaktion**

# Äußerung von Schmerzen/Problemen

Die vertretene Person äußert von sich aus Schmerzen/Beschwerden  Ja  Nein

Die vertretene Person äußert/meldet sich bei Problemen/Fragen/Ängsten  Ja  Nein

Die vertretene Person möchte, dass Diagnosen und Maßnahmen in leicht  Ja  Nein

verständlicher Form mit ihr besprochen werden.   
  
Daran merkt man, dass die vertretene Person Schmerzen/Beschwerden hat:

Weitere wichtige (nonverbale) Kommunikationsformen/Anzeichen

Über diese Themen redet die vertretene Person gerne:

**Sonstiges**  
Das kann beim Schlafen helfen:  
        
Damit kann die Person sich gut beschäftigen:  
        
Diese Gegenstände sind der Person besonders wichtig:  
        
Diese Menschen sind der Person besonders wichtig:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des rechtlichen Vertreters