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