

Checkliste

für den Klinikaufenthalt in der Roland-Klinik

Patient / Patientin

Name	
Vorname	
Gewohnte Anrede	
Geburtsdatum	
Adresse	
Einrichtung	
Ansprechperson in der Einrichtung	Name: Telefon: Mailadresse:
Art der Behinderung	
Chronische Krankheiten	
Einsichtsfähigkeit in Krankheit und Ablauf	

Bezugsperson / Betreuung

Name	
Vorname	
Adresse	
Kontakt	Telefon: Mailadresse:
Bezugsverhältnis (z. B. verwandt, ...)	
Betreuung	Liegt vor? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>*Bei „Ja“ bitte Originaldokument bei der Aufnahme vorlegen</i>
Name und Kontakt daten der Betreuung	Name: Adresse: Telefon: Mailadresse:

Begleitperson

Aufnahme erforderlich?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Vorname	
Name	
Adresse	
Kontakt	Telefon: Mailadresse:

Medikamente und Vorbefunde

Einweisung durch	
Hausarzt / Hausärztin	
Keimsituation	
Allergien	Telefon: Mailadresse:
Medikamenten- einnahme	Selbständig <input type="checkbox"/> nicht selbständig <input type="checkbox"/>
Falls Schluckstörung, welche?	
Bedarfsmedikamente	
Besonderheiten bei Verabreichung	

Besonderheiten bei der Behandlung

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

Kommunikation

Sprachfähigkeit	
Sprachverständnis	
Aufklärung	In einfacher Sprache notwendig? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nonverbale Kommunikation	
Notwendige Hilfsmittel	<i>*bei Bedarf. bitte mitgeben</i>

Notwendige Hilfsmittel

Rollstuhl	
Gehilfe	
Lagerungshilfe	
Sonstiges (Lifter, Brille, Hörgerät u. a.)	

Essen und Trinken

Nahrungsaufnahme	Selbstständig <input type="checkbox"/> Hilfe erforderlich <input type="checkbox"/> Welche:
Vorlieben	
Abneigungen	
Allergien	
Zahnprothese	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Schlafen

Schlafgewohnheiten	
Einschlafstörungen	
Schlafstörungen	
Nächtliches Aufstehen	

Körperpflege

Durchführung	Selbständig <input type="checkbox"/> Hilfestellung notwendig <input type="checkbox"/>
Hilfestellung	
Hautempfindlichkeiten Wunden	
Abwehrverhalten bei	

Toilettengang

Durchführung	Selbständig <input type="checkbox"/> Hilfestellung notwendig <input type="checkbox"/>
Hilfestellung	
Harninkontinenz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Individuelle Gewohnheiten

Vorlieben	
Abneigungen	
Tagesablauf	
Wichtige persönliche Gegenstände	z. B. Stofftiere, Bild o. ä.

Bewegungsfähigkeit	
Hinlauff Tendenzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sturzgefahr	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kontrakturen	
Ängste	
Fremd- oder Autoaggressivität	
Auffälligkeiten im Verhalten	
Rituale	
Desorientierung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Besonderheiten

Anwesenheit Bezugsperson	Notwendig bei:
Schmerzempfinden	
Sensibilitätsstörungen	
Sehen	
Hören	
Sprechen	
Lesen	
Schreiben	