



Überreicht durch:
Alzheimer Gesellschaft Mülheim an der Ruhr e.V.
Tourainer Ring 4, 45468 Mülheim an der Ruhr
Tel.: 0208 / 99 10 76 70
Fax: 0208 / 3 00 48 10

NOTFALLMAPPE

für die Einweisung in ein Krankenhaus

Diese Notfallmappe gehört:

.....

Gefördert durch:



Herausgeber und Projektträger

GSP - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH
Loher Straße 7, 42283 Wuppertal
info@sozialeprojekte.de
www.sozialeprojekte.de

V.i.S.d.P.

Andrea Büngeler und Katharina Benner, Geschäftsführung GSP

Texte und Redaktion

Dr. Susanne Angerhausen
Sandra Bachmann

Layout und Gestaltung

Dr. Susanne Angerhausen
Sandra Bachmann
Magdalena Kozikowski

Zur Entstehung der Notfallmappe

Die Notfallmappe ist eine der Hilfen für Menschen mit Demenz, die wir im Rahmen des Projektes „Blickwechsel Demenz. Regional.“ in Herdecke entwickelt haben.

Das Projekt kümmert sich darum, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer Demenz zu verbessern. Wie gut diese Versorgung ist – das ist davon abhängig, wie gut die Beteiligten zusammenarbeiten, z.B. Haus- und Fachärztinnen/-ärzte, Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, Mitarbeiter/-innen ambulanter Pflegedienste und Menschen, die sich in der Beratung und Betreuung von pflegenden Angehörigen engagieren. Mit dem Projekt wollen wir diese Zusammenarbeit fördern und weiterentwickeln.

Menschen mit einer Demenz, die noch zu Hause leben, kommen oft ohne entsprechende Informationen zu ihrem Gesundheitszustand, ihren Gewohnheiten oder Möglichkeiten der Kontaktaufnahme ins Krankenhaus. Hier soll unsere Notfallmappe helfen.

Wir konnten die Notfallmappe gemeinsam mit folgenden Institutionen entwickeln: Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Pflegeberatung der Stadt Herdecke, GVS Herdecke, Familien- und Krankenpflege Herdecke, mobile – Unterstützungsangebote für pflegende Angehörigen in Witten sowie niedergelassenen Ärzten aus der Modell Herdecke Plus.

Weitere Informationen zum Projekt unter: www.blickwechseldemenz.de

Nutzungshinweise

Die „GSP - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH“ als geistiger Urheber dieser Publikation gestattet, dass dieses Dokument von Dritten kopiert, verbreitet und in modifizierter Form genutzt wird. Der Urheber muss jedoch auf dem Dokument genannt sein und zugleich über Verwendung und ggf. Modifikationen informiert werden.

Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Krankenkasse _____

Versichertennummer _____

Im Notfall zu benachrichtigen

Name _____

Adresse/Tel. _____

Beziehung zur/
zum Erkrankten _____

Bevollmächtigte/-r rechtliche/r Betreuer/-in

Weitere Ansprechpartner/-in

Name _____

Adresse/Tel. _____

Beziehung zur/
zum Erkrankten _____

Bevollmächtigte/-r rechtliche/-r Betreuer/-in

Inhaltsverzeichnis Notfallmappe

1. Persönliche Daten und wichtige Rufnummern
2. Meine Medikamentenliste
Ausdruck Ihrer Fach- und Hausarztpraxis oder Ihrer Apotheke
3. Krankheiten/Diagnosen
Ausdruck Ihrer Hausarztpraxis oder letzte Krankenhausberichte
4. Vorsorgedokumente
Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung
5. Informationsbogen für Patientinnen und Patienten mit einer Demenz bei der Aufnahme in ein Krankenhaus
6. Gebrauchsanweisung für die Notfallmappe
7. Weitere Dokumente, und zwar: _____

1. Persönliche Daten und wichtige Rufnummern

Familienstand ledig verheiratet verwitwet

Wohnsituation alleinlebend nicht alleinlebend

Pflegestufe keine 1 2 3 beantragt

Betreuungsleistung Grundbetrag 100 € erhöhter Betrag 200 €

Vorsorgevollmacht ja nein *(siehe Kopie im Anhang)*

Patientenverfügung ja nein *(siehe Kopie im Anhang)*

Meine Hausärztin / Mein Hausarzt

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Meine Neurologin/Psychiaterin / Mein Neurologe/Psychiater

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Weitere Fachärztinnen/Fachärzte

Fachrichtung _____

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Fachrichtung _____

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Mein Pflegedienst

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Weitere/-r Ansprechpartner/-in

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Meine Medikamentenliste

aktuelle Kopie vom Hausarzt/Facharzt/Apotheker

aktueller Stand:	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:

Krankheiten/Diagnosen

**Ausdruck vom Hausarzt und wenn vorhanden
letzte Krankenhausberichte**

Vorsorgedokumente

**Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht,
Betreuungsverfügung**

4. Vorsorgedokumente

Im Zusammenhang mit dem Begriff Vorsorgedokumente tauchen häufig die Begriffe **Patientenverfügung** (auch Patiententestament), **Vorsorgevollmacht** und **Betreuungsverfügung** auf.

Die Vorsorgevollmacht oder Vollmacht zur Vorsorge

Eine Vorsorgevollmacht ist eine private Vereinbarung zwischen Ihnen und einer oder mehreren Personen Ihres Vertrauens. Sie ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Sie benennen die Person(en) Ihres Vertrauens, die bereit sind, für Sie zu handeln, wenn Sie bestimmte Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. Durch die Bevollmächtigung wird ein gerichtliches Betreuungsverfahren entbehrlich. Diese Regelung gilt beispielsweise für Bank- oder Versicherungsgeschäfte, Behördengänge, Post und Fernmeldeverkehr, Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten und vor allem für Fragen zur Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit.

Die Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung können Sie im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen medizinisch behandelt werden möchten, für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit. Sinn der Patientenverfügung ist, dass Sie Ihren Willen hinsichtlich der Behandlung von Krankheiten zu einem Zeitpunkt schriftlich niederlegen, zu dem eine solche Entscheidung noch eigenverantwortlich von Ihnen getroffen werden kann. Auf diese Weise wahren Sie Ihr Recht auf Selbstbestimmung, auch wenn Sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr ansprechbar und einwilligungsfähig sind. Es kann sehr sinnvoll sein, in die Patientenverfügung Ihre persönlichen Wertvorstellungen, wie z.B. Ihre Einstellungen zum Leben und Sterben oder Ihre religiösen Anschauungen mit aufzunehmen.

Die neuen gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass eine Patientenverfügung schriftlich verfasst wird und eigenhändig von Ihnen unterschrieben werden muss. Es ist empfehlenswert, dass Sie Ihre Patientenverfügung regelmäßig (z.B. einmal im Jahr) bestätigen.

Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht kann jederzeit formlos von Ihnen widerrufen werden. Eine Notarin oder ein Notar muss die Dokumente nicht beglaubigen.

Die Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung können Sie für den Fall einer gesetzlichen Betreuung Vorschläge zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers sowie Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung äußern. Bei der Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers werden Ihre Wünsche durch das Betreuungsgericht i.d.R. berücksichtigt.

Weitere Informationen zu den Vorsorgedokumenten bekommen Sie kostenfrei bei:

1. Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Bundesweites Beratungstelefon

Montag - Freitag von 10.00 bis 18.00 Uhr unter 0800-0 11 77 22
(kostenfrei aus dem deutschen Festnetz)

2. Justizministerium NRW

Expertentelefon zur Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsrecht **jeden ersten Donnerstag im Monat von 15.00 bis 16.30 Uhr unter 0180-3 10 02 12** (9 Cent/min)

Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei der Aufnahme in ein Krankenhaus (Alzheimer Gesellschaft)

aktueller Stand:	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:

Informationsbogen: Patient mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

(Name)

Adresse des Patienten:	.....
Angehöriger:	.....
	<input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter
	<input type="checkbox"/> anderer
Adresse des Angehörigen:	.....
Telefon:	.....
Rechtlicher Betreuer:	.....
Adresse des Betreuers:	.....
Telefon:	.....
Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht:	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden

Kontaktaufnahme erwünscht bei ...

zunehmender Unruhe des Kranken	Einleitung von Schutzmaßnahmen
<input type="checkbox"/> fehlender Kooperation in Pflegesituationen	<input type="checkbox"/> Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme

Sonstiges:

<input type="checkbox"/> rund um die Uhr	<input type="checkbox"/> nur von bis Uhr
------------------------------------------	------------------------------------------------------

Angehöriger	Betreuer
-------------	----------

Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:

Religion:	.....
Regionale Herkunft / Heimat:	.....

weiter:

Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:

Muttersprache/ Dialekt:	.....
Ehemaliger Beruf (z.B. Handwerk):	.....
Stolz/ Bedeutsames:	.....

Einschränkungen Sehen:

leicht schwer Brille vorhanden

Einschränkungen Hören:

leicht schwer Hörgerät vorhanden

Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist ...

weitgehend erhalten	kurze Fragen werden verstanden	sehr eingeschränkt, z.B. auf prägnante Worte
<input type="checkbox"/> Sprachverständnis fehlt	<input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden	

Sprach- und Sprechfähigkeit ist ...

<input type="checkbox"/> weitgehend erhalten	<input type="checkbox"/> kurze Sätze können gebildet werden	<input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z.B. einzelne Worte
----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

nicht möglich, weil

Nähe und Distanz: Der Patient ...

reagiert positiv auf Körperkontakt hält lieber Distanz

kann abrupt ablehnend reagieren, wenn

Gewohnheiten im Tagesverlauf:

morgens (z. B. zuerst Frühstück):	.....
mittags (z. B. Ruhepause):	.....
abends (z. B. Getränk, Rituale):	.....

Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

Zur Entspannung:	.....
Zum Einschlafen:	.....
In Stresssituationen:	.....
In Pflegesituationen:	.....





(Name)

Informationsbogen: Patient mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

Verhalten:

Wünsche und Vorlieben:

.....

.....

Ärger/ abwehrendes Verhalten bei:

.....

.....

Angst bei:

.....

.....

Weglauf-tendenzen:

.....

.....

Essen und Trinken:

erkennt Essen	erkennt Getränke	isst selbstständig
---------------	------------------	--------------------

<input type="checkbox"/> trinkt selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Ansprache / Erinnerung	<input type="checkbox"/> benötigt Zeit / Geduld bei den Mahlzeiten
-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Besteck in die Hand legen	Hand führen/ Bewegung führen	isst mit den Fingern
---------------------------	------------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/> Gebiss vorhanden	Tägliche Trinkmenge ml
-------------------------------------------	------------------------------

Risiken (z.B. Verschlucken):

.....

.....

Bevorzugte Speisen und Getränke:

.....

.....

Abneigung/ Unverträglichkeiten:

.....

.....

weiter:
Essen und Trinken:

Hilfestellung bei:

.....

.....

Abwehrendes Verhalten bei:

.....

.....

Ruhen und Schlafen:

Ruhe und Schlaf ohne Probleme	Einschlafstörungen	nächtliches Aufstehen
<input type="checkbox"/> Toiletten-gänge gegen Uhr	<input type="checkbox"/> geht zu Bett gegen Uhr	<input type="checkbox"/> wacht auf gegen Uhr

Einschlaf-gewohnheiten:

.....

.....

Bei Einschlafstörungen/nächtlicher Unruhe hilft:

.....

.....

Körperpflege:

Körperpflege selbstständig	wäscht sich am Waschbecken selbst	benutzt Waschlappen/ -handschuh
----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

<input type="checkbox"/> wäscht Oberkörper selbstständig	<input type="checkbox"/> bevorzugt Wannenbad	<input type="checkbox"/> bevorzugt Duschen
----------------------------------------------------------	----------------------------------------------	--------------------------------------------

Hilfestellung nötig bei:

.....

.....

Abwehrendes Verhalten bei:

.....

.....

weiter:
Körperpflege:

Risiken (z.B. Empfindlichkeiten der Haut):

.....

.....

An- und Auskleiden:

Liebblings-kleidungsstück:

.....

.....

Besonderheiten:

.....

.....

Abwehrendes Verhalten bei:

.....

.....

Ausscheiden:

Kontrolle der Blase	Kontrolle des Darms	erkennt Toilette
---------------------	---------------------	------------------

Feste Toilettenzeiten:

.....

.....

Hilfsmittel:

Urinflasche	Steckbecken	Einlage
<input type="checkbox"/> Vorlage		

Sonstiges:

.....

.....



6. Gebrauchsanweisung für die Notfallmappe

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Notfallmappe soll Ärztinnen, Ärzten und Fachkräften bei einer Einweisung in ein Krankenhaus alle wichtigen Informationen zu Ihrer Person auf einen Blick ermöglichen.

Daher ist es wichtig, dass Sie oder Ihre Angehörigen diese Informationen immer auf dem aktuellen Stand und für den Notfall bereithalten. Das bedeutet:

- Ⓜ **Halten Sie die Notfallmappe immer griffbereit und sichtbar und nehmen Sie die Mappe zu allen Arztterminen mit.**
- Ⓜ **Bitte Sie in Ihrer Arztpraxis oder Apotheke regelmäßig um eine aktuelle Medikamentenliste und die aktuellen Diagnosen.**
- Ⓜ **Ergänzen Sie bitte auch die Medikamente, die Sie nicht von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt verordnet bekommen, aber regelmäßig einnehmen (z.B. Vitamintabletten oder Abführmittel).**
- Ⓜ **Heften Sie die letzten Entlassungsberichte aus dem Krankenhaus in die Notfallmappe ab.**
- Ⓜ **Aktualisieren Sie den Informationsbogen mit ihren persönlichen Daten, falls sich etwas ändert.**
- Ⓜ **Legen Sie in die Notfallmappe nur Kopien und keine Originale.**

weitere Dokumente