

# Gerontopsychiatrischer Überleitungsbogen



Stempel der Einrichtung

Ergänzung zum **Pflegeüberleitungsbogen**

Bestellformular unter Tel. 23 80 87 88

Name:

Geburtsdatum:

## Zur Diagnose

Demenz:  ja  nein  
Wenn ja, Alzheimersche Erkrankung?  ja  nein  
Sucht: \_\_\_\_\_  
Sonstige psych. Störungen: \_\_\_\_\_  
Depression:  ja  nein  
Schwere der Haupterkrankung:  leicht  mittel  schwer

Krankheitseinsicht:  ja  nein  
Leitsymptom:  
 Orientierungsstörungen:  
 zur Person  zeitlich  räumlich  situativ  
 Sprachstörungen  
 Antriebsminderung  
 Antriebssteigerung

## Verhaltensauffälligkeiten

### Psychische Reaktionen auf Streß bzw. Fremde Situationen / Menschen

aggressive Tendenzen bei \_\_\_\_\_  
 Rückzugstendenzen bei \_\_\_\_\_  
 Angstzustände bei \_\_\_\_\_  
 Eigengefährdung durch \_\_\_\_\_

### Besondere Verhaltensweisen / Zusätzliche Risiken

suizidgefährdet  
 Unruhe  Herumirren  
 Weglauftendenz  Sturzgefahr  
 Wahnvorstellungen  sucht körperlichen Kontakt  
Sonstige: \_\_\_\_\_

## Zum Pflegestatus

### Kommunikations- u. Kontaktverhalten

verbal  eher nonverbal  
 Fassadenkommunikation  
 eher kontaktfreudig  eher ablehnend  
 Konzentrationsschwäche  
 kooperationsunfähig  entscheidungsunfähig  
Besonderheiten: \_\_\_\_\_

### Schlafen

Einschlafstörung  Durchschlafstörung  
 Tag-/Nachtumkehr  
Besonderheiten / Rituale, soweit nicht Seite 1:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### An- und Auskleiden

selbständig  
 nach mehrmaliger Aufforderung  
 mit Hilfe bei (Kleidungsstücke): \_\_\_\_\_  
 verweigert sich beim  Ankleiden  Auskleiden  
Besonderheiten / Rituale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Eß- und Trinkgewohnheiten

ißt gern  auch zwischendurch  
bevorzugte Nahrung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 ißt selbständig  vorbereitete Speisen  
 nach Aufforderung  Nahrung anreichen  
Tempo des Essens:  
 sehr langsam  langsam  schnell  
Besteckbenutzung:  
 ohne Messer  nur Löffel  Finger  
 trinkt nicht ausreichend  nach Aufforderung  
 anreichen  
bevorzugte Getränke: \_\_\_\_\_  
Besonderheiten: \_\_\_\_\_

### Körperpflege

Hilfestellung bei: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 selbständig  verweigert sich  
Besonderheiten / Rituale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Einbeziehung der Angehörigen

Name / Telefon der Bezugsperson:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterstützung durch Angehörige bei:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Besondere lebensgeschichtliche Ereignisse / Lebensthemen zum Kommunikationseinstieg

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Lieblingsbeschäftigung / Hobby

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_