

## DEMENZFRAGEBOGEN

In Ergänzung zu unserem Erhebungsbogen richtet sich dieser Demenzfragebogen ausschließlich an betreuungsbedürftige Personen, bei denen eine diagnostizierte Demenz vorliegt.

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen zusätzlich zum Erhebungsbogen so ausführlich wie möglich auszufüllen. Bitte unterzeichnen Sie das Dokument und senden Sie uns dieses anschließend per E-Mail oder Post zurück.

Die Übermittlung des Fragebogens an Pflege zu Hause Küffel ist für Sie selbstverständlich kostenlos und unverbindlich!

Ein Fachberater von Pflege zu Hause Küffel wird umgehend Kontakt mit Ihnen aufnehmen, um den bestehenden Betreuungsbedarf zu besprechen. Wir unterstützen Sie sofort nach Ihrer Anfrage und sorgen so für eine rasche Entlastung bei der Pflege und Betreuung Ihres Angehörigen, Bekannten oder Klienten.

\*Gewünschter Beginn der Betreuung:  schnellstmöglich  ab (Datum):

(innerhalb von wenigen Tagen)

### Angaben zu der zu betreuenden Person

#### DIE ZU BETREUENDE PERSON

##### Angaben zur Person:

\*Name, Vorname:

\*Straße und Nr.:  \*PLZ, Ort:

#### DEMENZ

Seit wann besteht die demenzielle Erkrankung?

Wurde die Demenz ärztlich diagnostiziert?  ja  nein

Um welchen Typ der Demenz handelt es sich?

Alzheimer-Demenz  Lewy-Body-Demenz  Frontotemporal-Demenz

Mischtyp  weiß ich nicht

Wie gestaltet sich die derzeitige Therapie? Bitte machen Sie Angaben zur Medikation und Tagesstruktur.

### Fragen zur Beurteilung und Bewertung der Demenz

Bitte nehmen Sie sich Zeit für die nachstehenden Fragen. Ihre wahrheitsgetreuen Angaben sind für uns äußerst wertvoll, da sie uns dabei unterstützen, Ihre momentane Situation fachgerecht zu erfassen, um so die bestmögliche Betreuungskraft für Ihren individuellen Bedarf finden zu können.

## DEMENZFRAGEBOGEN

### KOGNITIVE / KOMMUNIKATIVE FÄHIGKEITEN UND DEFIZITE

		Die Fähigkeit ist:		
		nicht beeinträchtigt	teilweise beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
1.	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, die kürzlich erfolgten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Treffen von adäquaten Entscheidungen im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Verstehen und Umsetzen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VERHALTENSWEISEN UND PSYCHISCHE PROBLEMLAGEN

		Häufigkeit angeben:		
		nie oder sehr selten	selten	regelmäßig
1.	Motorische Verhaltensauffälligkeiten <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Verstecken, sammeln, verlegen von Gegenständen und/oder Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Körperlich aggressives Verhalten - schlagen (auch sich selbst) - beißen, kratzen, kneifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Verbale Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Andere pflegerelevante auffällige Lautäußerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Mehrschrittige Handlungen sind beispielsweise die Morgenhygiene oder das Zubereiten einer Mahlzeit.

<sup>2</sup> Nesteln, Zupfen oder Ähnliches

# DEMENZFRAGEBOGEN

## VERHALTENSWEISEN UND PSYCHISCHE PROBLEMLAGEN

		Häufigkeit angeben:		
		nie oder sehr selten	selten	regelmäßig
9.	Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Suchterkrankungen (Medikamente, Alkohol etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Sexuelle körperliche Annäherungsversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Unangemessenes An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SONSTIGE FRAGEN

Für Sicherheit sorgen:

Hinlauftendenz (Weglauftendenz)

nein  ja  unklar

Sicherung des Hauses/der Wohnung

(z. B. Türen verschließen, GPS-Armband o. ä.)

nein  ja, wie:

Sicherung der Umgebung

(z. B. Kameras im Wohnbereich, Herdsicherung o. ä.)

nein  ja, wie:

### ZUSÄTZLICHE FRAGEN

Ist die betroffene Person gut anleitbar zur Durchführung der Körperpflege?

ja  nein  unklar

Ist die betroffene Person gut anleitbar bei der Bewältigung des Alltags?

ja  nein  unklar

Gibt es ein Ritual oder eine Medikation bei Unruhezuständen?

ja  nein  unklar

Wenn ja, welches/welche?

Die betroffene Person reagiert vorwiegend auf den:

Vornamen  Nachnamen  Spitznamen:

Was passiert bei Ablehnung/ablehnendem Verhalten?

Bitte teilen Sie uns wichtige Hinweise zur Tagesstruktur der Demenz und zur Kooperationsbereitschaft der betroffenen Person mit.

**Bitte nicht vergessen!**

X   
Datum

X   
Vor- und Nachname

X   
Unterschrift

**DIESER TEIL DES DEMENZFRAGEBOGENS WIRD VON PFLEGE ZU HAUSE KÜFFEL AUSGEFÜLLT**

Eingangsdatum des Erhebungsbogens:  Datum Erstberatung:

- Kunde leidet an einer medizinisch diagnostizierten Demenz (z. B. Typ Alzheimer)
- Demenzfragebogen liegt vor
- Überprüfung Erhebungsbogen ist erfolgt
- Beratungsgespräch allgemeiner Teil ist erfolgt
- Beratungsgespräch spezieller Teil ist erfolgt
- schriftliche Anamnese durch Kundenberater/Standort wurde erstellt
- BihU ist ausschließlich möglich bei gleichzeitiger Beauftragung eines Pflegedienstes
- Kundenberater/Standort befürwortet die Möglichkeit für BihU  lehnt BihU ab. Begründung:
- exam. Pflegekraft befürwortet die BihU  lehnt BihU ab. Begründung:

Datum

Unterschrift Kundenberater/Standort

Unterschrift exam. Pflegekraft

Stand: 10/2022