



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster



**LOGBUCH
FÜR JUNG UND ALT**



**Robert Bosch
Stiftung**



Aufgrund der demographischen Entwicklung der Gesellschaft rücken auch im Bereich des Gesundheits- und Versorgungssystems verstärkt Erkrankungen in den Fokus, die mit zunehmendem Lebensalter vermehrt auftreten. Charakteristisch in der Versorgung von älteren und/oder multimorbiden Patienten, ist eine Vielzahl von Arztkontakten, Behandlungen und Medikamenten. All diese Faktoren bedingen vermehrt das Risiko für ein Delir.

Das Krankheitsbild Delir beschreibt einen Zustand der akut aufgetretenen geistigen Verwirrung mit Störungen des Bewusstseins und des Denkvermögens.

Insbesondere sind ältere Patienten bei Auftreten akuter Erkrankungen gefährdet, ein Delir zu erleiden. Begleitet wird das akute Delir durch lebensbedrohliche Krankheitszustände wie Fieber, starkes Schwitzen, hoher Pulsschlag, Blutdruckentgleisungen und Störungen des Elektrolyt-haushaltes. Das Delir kann medizinische Behandlungserfolge erheblich gefährden, eine Demenz auslösen bzw. verstärken und unbehandelt sogar tödlich verlaufen. Aus diesem Grund ist es medizinisch von größter Bedeutung, Delir-Risiken frühzeitig zu identifizieren, um frühzeitig vorbeugende bzw. therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

Das **Logbuch Delir**, das das Klinikum Hochsauerland mit der finanziellen Unterstützung der Robert-Bosch Stiftung entwickelte, trägt zur Behandlungssicherheit bei Delir-gefährdeten Patienten bei. Dieses Logbuch ist ein Wegweiser, in den wichtigen Daten zur Krankenvorgeschichte und zu Vortherapien sowie zu Delir- auslösenden Risiken aufgeführt werden. Es erleichtert die umfassende Informationsweitergabe an das behandelnde Krankenhaus-Team sowie auch an nachbehandelnde Einrichtungen. Zudem erklärt es das Krankheitsbild-Delir und bietet Anknüpfungsmöglichkeiten für eine effiziente Nachbehandlung. Auch pflegerische und alltägliche Aspekte sind von Bedeutung, um im Falle eines stationären Aufenthaltes individuell auf die Patienten/Innen eingehen zu können. Dieses Logbuch ist ein freiwilliges Angebot der Klinikum Hochsauerland GmbH, das zur Patientensicherheit beitragen soll und als Onlineversion von Patienten/Innen und Angehörigen genutzt werden kann.





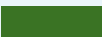


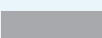

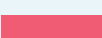


Inhalt



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

-  Meine Daten
-  Dokumente
-  Über mich
-  Mein Alltag und häusliches Umfeld
-  Ernährung und Verdauung
-  Krankheiten und Diagnosen
-  Delir
-  Invasive Eingriffe
-  Meine Medikamente
-  Abhängigkeiten



Angaben zur Person



Name

Geburtsdatum

Adresse

Telefon (Festnetz)

Mobil

Angaben zum Versicherungsstatus

Pflegekasse

Krankenkasse

Krankenversicherungsnr.

Hausarzt

Pflegegrad 1 2 3 4 5 seit

gesetzlich privat beihilfeberechtigt



Angehörige und familiärer Status



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Person	1	2
Name, Vorname		
Funktions- / Beziehungsgrad		
Telefonnummer		
Erreichbarkeit (von - bis)		
In folgenden Problemsituationen benachrichtigen:		
Zunehmende Unruhe, Angst oder Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akute Delirgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einleitung von freiheitsentziehender Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Kooperation in Pflegesituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme bei der Einnahme von Medikamenten, Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abspraken bezüglich weiterer Maßnahmen (Therapie, Entlassung, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meine Daten



Angehörige und Ihre Beziehung zueinander



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Besonders wichtig im Umgang
mit meinen Angehörigen ist mir:

Die folgende Person kennt meinen
aktuellen Gesundheitszustand
und meinen Alltag am Besten:

Im Falle eines medizinischen
Notfalles oder Problemsituationen
sollte beachtet werden:



Ausweise & Pässe



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

- Allergiepass
- Brillenpass
- Befreiungsausweis
- Impfpass
- Implantat Ausweis
- Organspende Ausweis
- Diabetikerausweis
- Röntgenpass
- Macumarausweis
- Herzschrittmacherausweis

Sonstige: _____



Vertretungsrechte



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Vorsorge- /Generalvollmacht

Wer ist bevollmächtigt: _____
Name

Adresse

Beziehungsgrad

Telefon/Handy

Patientenverfügung

hinterlegt

Einzelvollmachten

Wer ist bevollmächtigt: _____
Name

Adresse

Beziehungsgrad

Telefon/Handy



Vertretungsrechte



- gesetzliche Betreuung
- Vermögenssorge
- Gesundheitsvorsorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Wohnungsangelegenheiten
- Vertretung gegenüber Behörden etc.
- Befugnis zum Empfang von Post
- alle Angelegenheiten

Wer ist gesetzlicher Betreuer?



Angaben über mich



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Typisch für mich:

- introvertiert
- extrovertiert
- ängstlich
- reizbar
- schnelle Stimmungswechsel
- ruhelos

Dieser Ort(e) ist besonders wichtig für mich (wo fühle ich mich wohl?):

Personen, Tiere oder Gegenstände, die wichtig für mich sind:

Anmerkungen



Angaben über mich



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Meine Zeit verbringe ich gerne mit...:

Dinge, die mir bei meiner täglichen Routine helfen:

Wenn ich besorgt oder aufgebracht bin, hilft mir...:



Angaben über mich



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Das gefällt mir, damit kann man mich aufmuntern:

Das gefällt mir gar nicht, darüber ärgere ich mich besonders:

Andere wichtige Informationen über mich:



Meine Wohnsituation



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

- Alleinlebend
- In einer Partnerschaft
- Im eigenen Haushalt
- Haushalt der Kinder
- Betreutes Wohnen
- Wohngemeinschaft
- (Alten-) Pflegeeinrichtungen
- Sonstige

Aktueller Wohnort seit: _____



Mobilität und Immobilität



Bett			
Brücke (mit dem Becken)	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> möglich	
Auf die Seite rollen	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> möglich	
Vom Liegen zum Sitzen	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> selbstständig
Stuhl			
Sitzen im Stuhl ohne Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> 10 sec	
Aus dem Stuhl aufstehen	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> selbstständig
Aus dem Stuhl aufstehen ohne die Arme zur Hilfe zu nehmen	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> möglich	
Statisches Gleichgewicht (ohne Gehhilfe)			
Ohne Unterstützung stehen	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> 10 sec	
Stehen mit geschlossenen Füßen	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> 10 sec	
Auf den Fußspitzen stehen	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> 10 sec	
Im Tandemstand mit geschlossenen Augen stehen	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> 10 sec	



Mobilität und Immobilität



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Gehen			
Wegstrecke ohne Gehhilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich <input type="checkbox"/> 5 m	<input type="checkbox"/> 10 m <input type="checkbox"/> 20 m	<input type="checkbox"/> 50 m
Wegstrecke mit Gehhilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich <input type="checkbox"/> 5 m	<input type="checkbox"/> 10 m <input type="checkbox"/> 20 m	<input type="checkbox"/> 50 m
Selbstständiges Gehen	<input type="checkbox"/> nicht möglich <input type="checkbox"/> selbstständig mit Gehhilfe	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> selbstständig ohne Gehhilfe
Dynamisches Gleichgewicht (ohne Gehhilfe)			
Stift vom Boden aufheben	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> möglich	
Vier Schritte rückwärtsgehen	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> möglich	
Springen	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> möglich	



Führen eines PKWs



Fahre noch PKW

Selbsteinschätzung der Fahrtauglichkeit:

Einschätzung der Fahrtauglichkeit durch
einen Arzt:

oder

Fahre kein PKW

Fahrtauglichkeit amtl. Überprüft

Fahrzeug deaktiviert/ verkauft



Allgemeine Hilfsmittel im Alltag



- Gehstock
- Gehbock
- UA- Gehstütze
- 4-Punkt-Stock
- Rollator
- Rollstuhlrampe
- Treppenlifter
- Hebelifter
- Pflegebett
- Inkontinenzmaterial:

- Ess- und Greifhilfen
- Badewannenlifter
- Duschhocker
- Toilettenstuhl
- Toilettensitzerhöhung
- Hüftprotektoren
- Orthopädische Schuhe o.ä.
- Kompressionsstrümpfe
- Strumpfanzieher
- Haltestangen /-griffe
- Sonstiges:



Bestehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens - Orientierung -



Zeitliche Orientierung vorhanden

immer zeitweise nicht mehr

Erklärung: Zeitliche Orientierung ist die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen: Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte (Vormittag, Nachmittag, Abend etc.), Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens. Aufschluss über die Fähigkeit zur zeitlichen Orientierung geben Antworten auf die Frage nach der Jahreszeit, dem Jahr, dem Wochentag, dem Monat oder der Tageszeit.

Anmerkungen zur Ausprägung und ggf. Hilfestellungen:

Persönliche Orientierung vorhanden

immer zeitweise nicht mehr

Erklärung: Der Betreffende vergisst seinen Namen, Geburtstag, Eheschließungen und weitere wichtige Lebensdaten. An viele Begebenheiten aus seinem Leben kann er sich nicht mehr erinnern. Er weiß beispielsweise nicht, ob er Kinder hat oder welchen Beruf er ausübte.

Anmerkungen zur Ausprägung und ggf. Hilfestellungen:



Bestehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens - Orientierung -



Örtliche Orientierung vorhanden

immer zeitweise nicht mehr

Erklärung: Zunächst fällt die Orientierung in fremder Umgebung schwer. Irgendwann werden bekannte Wege etwa zum Bäcker nicht gefunden. Die Person findet sich nicht mehr zurecht und kann nicht mehr erfassen, wo sie sich befindet. Beispielsweise ihr Zuhause, obwohl sie sich in der eigenen Wohnung befindet.

Anmerkungen zur Ausprägung und ggf. Hilfestellungen:

Situative Orientierung vorhanden

immer zeitweise nicht mehr

Erklärung: Es können Alltagssituationen nicht mehr richtig eingeschätzt werden. Daher können sie sich auch nicht mehr situationsangemessen verhalten. Zum Beispiel werden Tischmanieren und Benimmregeln werden einfach vergessen. Der Betroffene weiß nicht mehr, wie er sich angemessen verhalten soll.

Anmerkungen zur Ausprägung und ggf. Hilfestellungen:



Bestehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens - Verständigung -



Sprachfähigkeit- Ausprägung

- Wortfindungsstörungen
- sehr geringer Wortschatz
- spricht leise und verwaschen
- spricht überhaupt nicht mehr
- kein zusammenhängender Satz möglich
- falsche Wortwahl
- spricht in Gesellschaft gar nicht
- sonstige

Hilfestellungen: _____

Sprachverständnis- Ausprägung

- kann Gesagtes nicht umsetzen
- ist in Gesellschaft verunsichert (zu viele Eindrücke)
- sonstige
- Denkverzögerung (benötigt viel Zeit zum verstehen)
- kann sich nicht lange auf ein Thema/ Gespräch konzentrieren

Hilfestellungen: _____



Bestehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens - Verständigung -



Nonverbale Verständigung

reagiert positiv auf Körperkontakt

reagiere abrupt, ablehnend

reagiert positiv auf akustische Reize

zeigt, dass Gesagtes verstanden wurde

sucht Nähe

haltet lieber Distanz

sonstige

Hilfestellungen:



Bestehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens - Sensorische Beeinträchtigung -



Hörfähigkeit:

erhalten eingeschränkt sehr stark eingeschränkt

Gehörlos

Hörgerät:

rechts links nicht genutzt

Sehfähigkeit:

erhalten eingeschränkt sehr stark eingeschränkt

Sehhilfe vorhanden:

Ja Nein

Lärmempfindlichkeit

Lichtempfindlichkeit

Sonstige: _____



Bestehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens - Zahnstatus -



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Zahnimplantat vorhanden

ja nein

Zahnprothese vorhanden

ja nein

Zahnprothese

sitzt gut sitzt nicht gut

Zahnersatz

keinen teilweise ganz

Letzter Zahnarztbesuch:

Anmerkungen:



Sturzprotokoll vom:



Sturzdatum: _____ **Sturzzeit:** _____ **Ort:** _____

Was haben Sie gerade getan, bevor sie stürzten? (nach Angaben des Betroffenen oder Zeugen)

Weitere Angaben (z.B. Benachrichtigung eines Arztes, Informationen von Angehörigen, Versicherungsmeldung etc.)

Sturzart:

beim Stehen/ Gehen beim Aufstehen/ Absitzen aus dem Sitzen/ Liegen (z.B. vom Stuhl/ Bett gefallen)

Sturzfolgen:

keine Verletzung leichtere Verletzung schwere Verletzung

Sturzanamnese:

keine Stürze bekannt in den letzten 12 Monaten gestürzt Sturzgefahr wurde vorab erkannt

Andere: _____



Sturzprotokoll



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Räumliche Faktoren:

- Nässe fehlende Haltegriffe Stolperfälle Tageslicht Nachtlicht/ Bettlicht
- helle Raumbelichtung unbekannt

Kognitiver Zustand (während des Sturzes):

- orientiert erregt zeitweise desorientiert desorientiert
- unbekannt

Schuhe (während des Sturzes):

- barfuß Strümpfe/ MTS geeignetes Schuhwerk ungeeignetes Schuhwerk
- Antirutschsocken VW unbekannt

Folgemaßnahmen unmittelbar nach einem Sturz (Zutreffendes ankreuzen!):

- keine Kompressen beobachten körperliche Untersuchung Röntgen
- Schmerzmittel Wundversorgung Operation andere:



Sturzprotokoll



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Vorbestehende Risikofaktoren (jede Frage beantworten):

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Mobilitätsstörung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Früherer Sturz? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Veränderte Kognition? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Veränderte Ausscheidung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sehstörung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Psychopharmaka? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Schlafmittel? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Unsicheres Schuhwerk? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Andere: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Bettgitter:

- keine einseitig beidseitig

Sensormatte:

- keine ja, auf der Matratze ja, neben dem Bett

Hüftschutzhose:

- keine ja, getragen ja, nicht getragen

Weiteres Vorgehen: (z.B. präventive und andere Maßnahmen) :

- Folgende Maßnahmen wurden neu ergriffen und/ oder fortgesetzt:

- Keine Maßnahmen



Pflegerische Besonderheiten beim Essen & Trinken



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

- esse selbstständig
- benötige viel Zeit zum Essen
- übermäßiges Essen
- Trinke selbstständig
- benötige Erinnerung zum Trinken

- esse gerne in Gesellschaft
- starker Gewichtsverlust (in den letzten 6 Monaten)
- Essen muss angereicht werden
- sonstige: _____

Gewohnheiten beim Essen

Frühstück _____

Zwischenmahlzeit _____

Hauptmahlzeit _____

Zwischenmahlzeit _____

Abendessen _____

Spätmahlzeit _____

Sonstiges _____

Gewohnheiten beim Trinken

Frühstück _____

Tagsüber _____

Zu den Mahlzeiten _____

Abendessen _____



Pflegerische Besonderheiten beim Essen & Trinken



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Weitere Informationen/ Veränderungen:

Vorlieben & Abneigungen

Unverträglichkeiten (z.B. Allergien, Lactoseintoleranz, Fructoseintoleranz, ...)



Ausscheidungen



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Urin ausscheiden

Gewohnheiten: _____

Probleme: _____

Bewährte Hilfestellungen: _____

Stuhl ausscheiden

Gewohnheiten: _____

Probleme: _____

Bewährte Hilfestellungen: _____



Hirnerkrankungen/ zerebrale Erkrankungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer- Demenz | <input type="checkbox"/> vaskuläre Demenz |
| <input type="checkbox"/> Demenz nicht näher bezeichnet | <input type="checkbox"/> andere degenerative Hirnerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> primäre oder metastatische Hirntumore | <input type="checkbox"/> Angststörung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Blutung |
| <input type="checkbox"/> CVI | <input type="checkbox"/> Epilepsie (postepileptisch) |
| <input type="checkbox"/> Hypophysen Erkrankungen | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |

Infektionen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer- Demenz | <input type="checkbox"/> vaskuläre Demenz |
| <input type="checkbox"/> Demenz nicht näher bezeichnet | <input type="checkbox"/> andere degenerative Hirnerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> primäre oder metastatische Hirntumore | <input type="checkbox"/> Angststörung |

Endokrine Störungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer- Demenz | <input type="checkbox"/> vaskuläre Demenz |

Vermindertem Sauerstoffangebot

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer- Demenz | <input type="checkbox"/> vaskuläre Demenz |
| <input type="checkbox"/> Demenz nicht näher bezeichnet | <input type="checkbox"/> andere degenerative Hirnerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> primäre oder metastatische Hirntumore | <input type="checkbox"/> Angststörung |



Lebererkrankungen

Leberinsuffizienz Lebermetastasen sonstige: _____

Nieren- und Blasenerkrankungen

Niereninsuffizienz Nebennierenrindenerkrankungen
 Retentionsblase sonstige

Magen- und Darmerkrankungen

Obstipation Ileus
 Gastritis sonstige

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes mellitus Typ I Diabetes mellitus Typ II sonstige: _____

Elektrolytenverschiebung

Hyponatriämie Hypernatriämie
 Hypercalciämi sonstige

Entzug/ Medikamentenabusus

Morphin Temesta
 Alkohol Heroin
 Tramadol Methadon
 andere Medikamente/Stoffe:



Gesundheitlicher Status



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Weitere Erkrankungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hypoglycämie | <input type="checkbox"/> Anämie |
| <input type="checkbox"/> kardiopulmonaler Bypass | <input type="checkbox"/> Hyperglycämie |
| <input type="checkbox"/> Vitaminmangel (v.a. Thiamin) | <input type="checkbox"/> Dehydration |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Alkoholabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen | <input type="checkbox"/> Myokardinfarkt |

Ansteckende Erkrankungen

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> keine | |

Allergien

- nein
- ja, welche: _____
- _____



Bestehende Aufmerksamkeitsstörungen



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Folgende Aufmerksamkeitsstörungen können auftreten und sind bekannt:

- keine
- nickt während eines Gespräches ein
- lässt sich durch Reize aus der Umgebung schnell ablenken
- beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht
- gibt unpassende Antworten auf Fragen
- reagiert verlangsamt auf Aufträge
- denkt, irgendwo anders zu sein
- Verzerrungen der Wahrnehmung (Halluzinationen)
- erinnert sich nicht an kurz zurückliegende Ereignisse
- nestelt, ruhelos, unordentlich und nachlässig
- versucht medizinische Hilfen (z.B. Infusion) loszuwerden
- reagiert unerwartet emotional
- sieht, hört oder riecht Dinge die nicht vorhanden sind
- erkennt die Tageszeit nicht



Delir- ähnliche Erfahrungen aufgrund von Erkrankungen



Aufgrund folgender Erkrankung, erleide ich delir- ähnliche Symptome:

Alzheimer Demenz/ andere Formen der Demenz

Parkinson

Depression

Schlaganfall

andere: _____

Folgende Symptome können auftreten:

Die Behandlung bisher:



Vorerfahrungen mit dem Delir



Bestehen Delir- Erfahrungen ja
 nein

Wenn Ja, dann bitte folgendes ausfüllen:

Situationsbeschreibung

Ursachendokumentation

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> akute lebensbedrohliche Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> Elektrolytstörung |
| <input type="checkbox"/> Demenz, nicht näher bezeichnet | <input type="checkbox"/> Physischer Stress |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Invasive Eingriffe |
| <input type="checkbox"/> Mangel/ Überfluss an sensorischen Stimuli | <input type="checkbox"/> zerebrale Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlafmangel | <input type="checkbox"/> Harn- & Stuhlverhalt |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | |



Vorerfahrungen mit dem Delir



Behandlung

Haloperidol

Risperidon

Quetiapin

Antidepressiva

Oxazepam

Lorazepam

Pipamperon

Digitalispräparate (Digoxin, Digitoxin)

Nicht- medikamentöse Therapie
(z.B. Reizabschirmung):

ja

nein

Weitere Anmerkungen:



Letzte Operationen



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Eingriffsart:

Postoperative Schmerzintensität
(1= sehr gering/ 5= sehr stark)

1 2 3 4 5

Anästhesiedauer (wenn möglich)

Beatmung/ Intubation
(wenn möglich)

Ja Nein

Anmerkungen
(bestand evtl. Delirgefährdung?)



Bevorstehende Operationen



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Eingriffsart:

Erwartete Anästhesiedauer

Beatmung/ Intubation
(wenn möglich)

Ja Nein

Anmerkungen
(evtl. Delirgefährung?)



Ärztlich verordnete Medikamente



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Medikament	Verträglichkeit/ Probleme	Einnahmedosis bei Bedarf
		<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
		<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
		<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
		<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
		<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
		<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
		<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
		<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
		<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
		<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
		<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____



Bekannte Unverträglichkeiten



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Medikament/ Wirkstoffe	Verträglichkeit/ Probleme

Meine Medikamentenliste



Bekannte Medikamentensymptombezogene Einnahme



Beschwerden	Medikament	Verträglichkeit/ Probleme	Einnahmedosis bei Bedarf
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen			<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
<input type="checkbox"/> akute Schmerzzustände			<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
<input type="checkbox"/> psychiatrischer Behandlung			<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
<input type="checkbox"/> Obstipation			<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ____ - ____ - ____



Im Falle eines Konsums von Alkohol und/ oder Rauschmittel



Klinikum Hochsauerland

Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Ich konsumiere

- Alkohol
- Medikamenten
- Schlaf- und Beruhigungsmittel
- Opioide
- andere Rauschmittel:

Ich konsumiere das Rauschmittel

- täglich
- wöchentlich
- unregelmäßig

Anmerkungen



Im Falle eines Alkohol- oder Drogenabusus auszufüllen



Aufgrund der Abhängigkeit zeigen sich folgende Symptome

- unmotivierte Schweißausbrüche
- morgendliches Erbrechen
- zittern der Finger
- Kopfröte nach Genuss
- abnehmende Leistungsfähigkeit
- kurzzeitige Halluzinationen

Mein letzter Entzug: