

# CHECKLISTE STATIONÄRE ELEKTIVE VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

**\*AUCH FÜR NOTFÄLLE BEGLEITEND**

Wer ins Krankenhaus muss, fühlt sich oft hilflos, fremd und ängstlich. Dies trifft ganz besonders auf Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen zu. Ein Krankenhausaufenthalt stellt für sie eine besondere Herausforderung dar. In den medius KLINIKEN stehen Ihnen vor und während eines stationären oder ambulanten Klinikaufenthalts speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung, die Sie und Ihre Angehörigen unterstützen.

Wenn bei Ihnen oder einem Ihrer Angehöriger ein Klinikaufenthalt geplant ist, nehmen Sie bitte möglichst rechtzeitig Kontakt mit uns auf, um organisatorische Fragen (Anreise ins Krankenhaus, Ansprechpartner vor Ort, Barrierefreiheit, Begleitperson / Mitaufnahme ins Krankenhaus, etc.) zu klären und bei Bedarf notwendige Hilfsmittel zu beschaffen.

## Standort:

- Kirchheim       Nürtingen       Ostfildern-Ruit

## Fachabteilung:

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urologie    | <input type="checkbox"/> Orthopädie/Unfallchirurgie | <input type="checkbox"/> Rheumatologie                              |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Innere Medizin             | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenchirurgie                      |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Neurologie                 | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                         |
| <input type="checkbox"/> Kardiologie | <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie             | <input type="checkbox"/> Hand, Plastische und Ästhetische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Radiologie  | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie           |   |

## CHECKLISTE BEI EINWEISUNG VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG IN KLINIKEN

*Diese Checkliste dient als Merkhilfe für die Angehörigen oder Betreuer, welche Unterlagen und Dokumente des Patienten für den Krankenhausaufenthalt mitgeführt werden sollen.*

### Welche Unterlagen und Informationen braucht das Krankenhaus?

- Personalausweis
- Versicherungskarte der Krankenkasse
- Einweisungsschein des Haus- bzw. Facharztes in das Krankenhaus
- Unterlagen des Hausarztes (z.B. Vorbefunde, Röntgenaufnahmen, Röntgenpass, Labor usw.)
- Kontaktdaten (Name, Anschrift und Telefonnummer):
  - » Der Hauptbezugsperson (z.B. Angehöriger, Mitarbeiter in Wohneinrichtung)
  - » Des gesetzlichen Betreuers bzw. des Vorsorgebevollmächtigten inkl. einer Kopie der Vollmacht
  - » Der Wohneinrichtung / des ambulanten Pflegedienstes
- Zusätzlich, falls vorhanden:
  - » Einnahmeplan für Medikamente, ggf. Verpackung / Beipackzettel der Medikamente.  
Tipp: Spezielle Medikamente vorsorglich mit ins Krankenhaus nehmen
  - » Impfausweis
  - » Allergie-Pass
  - » Röntgen-Pass
  - » Marcumar-Pass
  - » Herzschrittmacher-Ausweis
  - » Prothesen-Pass
  - » Diabetiker-Ausweis
  - » Bei Geburten, gynäkologischer OP o.ä.: Mutterpass
  - » Richterlicher Unterbringungsbeschluss (§ 1906 BGB oder PsychKHG)

## 1. CHECKLISTE PLANUNG KRANKENHAUSAUFENTHALT

Diese Checkliste kann während des Aufnahmegesprächs mit dem Patienten und dessen Angehörigen und Betreuern ausgefüllt werden und ermöglicht einen besseren Zugang und Umgang mit dem Patienten.

### Patient

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Übliche gewohnte Anrede: \_\_\_\_\_

Geboren: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Besonderheiten der Behinderung: \_\_\_\_\_

Chronische Krankheiten: \_\_\_\_\_

Einsichtsfähigkeit in Krankheit und Ablauf: \_\_\_\_\_

### Hauptbezugsperson (z.B. Angehöriger, Mitarbeiter in Wohneinrichtung)

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobiltelefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

Bezug zum Patienten (z.B. Eltern, Ehepartner, Kind): \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Betreuung / Vollmacht

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobiltelefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

Urkunde / Vollmacht: \_\_\_\_\_

Richterlicher Unterbringungsbeschluss (§ 1906 BGB oder PsychKHG): \_\_\_\_\_

### Begleitperson:

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobiltelefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

Mitaufnahme: \_\_\_\_\_

Bei Mitaufnahme einer Begleitperson bietet es sich an, die Zuständigkeiten der Begleitperson mit den Mitarbeitenden der Klinik zu besprechen, z.B.

- » Wer übernimmt die Grundpflege (ganz / nach Absprache)?
- » Wer übernimmt das Essen geben?
- » Wer übernimmt die Mobilität (einschließlich Lagerung im Bett)?

## Entlassmanagement

Wer ist über den Entlassungstermin zu informieren?

---

Wie ist der Transport nach Hause / in die Einrichtung geregelt?

---

Kontaktaufnahme mit weiterführenden Einrichtungen während des Aufenthaltes?

---

Die Rückkehr in die bisherige Wohnform ist gesichert?

---

## Kommunikation

Sprachfähigkeit:

\_\_\_\_\_

Sprachverständnis:

\_\_\_\_\_

Aufklärung in einfacher Sprache erforderlich:

\_\_\_\_\_

Nonverbale Kommunikation:

\_\_\_\_\_

Hilfsmittel zur Kommunikation:

\_\_\_\_\_

## Besonderheiten im Umgang / ICH-Buch

Medizinische Besonderheiten:

\_\_\_\_\_

Bedarfsmedikamente und Besonderheiten bei der Verabreichung:

\_\_\_\_\_

Akzeptanz von Pflaster, Infusionsnadel etc.:

\_\_\_\_\_

Ängste (z.B. vor Spritzen):

\_\_\_\_\_

Verhalten in Stresssituationen:

\_\_\_\_\_

Umgang mit auftretenden Krisen:

\_\_\_\_\_

Wahrnehmungs- und/oder Sensibilitätsstörung:

\_\_\_\_\_

Schmerzempfindungen:

*(Für Nachfrage bei Menschen mit Mehrfachbehinderung ggf. Schmerzskala, z.B. aufgemalte Gesichter mit passender Mimik):*

\_\_\_\_\_

Angabe von nicht realen bzw. nicht aktuellen Erkrankungen möglich:

\_\_\_\_\_

Sehen:

\_\_\_\_\_

Hören:

\_\_\_\_\_

**Patient mit Hörbehinderung**

» Gebärdensprachdolmetscher:

\_\_\_\_\_

» Terminkoordinierung für Visite, Untersuchungen usw.:

\_\_\_\_\_

» Besonderheiten im Umgang z.B. Fernseher mit Videotext, Internetzugang für Kontaktaufnahme:

\_\_\_\_\_

Sprechen:

\_\_\_\_\_

Lesen:

\_\_\_\_\_

Schreiben:

\_\_\_\_\_

Orientierung:

\_\_\_\_\_

Verwirrtheit:

\_\_\_\_\_

Bewegungsfähigkeit:

\_\_\_\_\_

Weglauftendenz:

\_\_\_\_\_

Sturzgefahr:

\_\_\_\_\_

Kontrakturen:

\_\_\_\_\_

Ängstlichkeit:

\_\_\_\_\_

Verhaltensauffälligkeit (z.B. häufiges Weinen):

\_\_\_\_\_

Körperkontakt (Nähe / Distanz / abrupte Reaktionen):

\_\_\_\_\_

Fremd- oder Autoaggressivität:

\_\_\_\_\_

Andere Patienten im Zimmer möglich?: \_\_\_\_\_

Vorlieben: \_\_\_\_\_

Abneigungen: \_\_\_\_\_

Wichtiger persönlicher Gegenstand (Stofftier, Bilder, etc.):  
\_\_\_\_\_Tagesablauf: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Rituale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Sonstige Ressourcen und Gewohnheiten zur Unterstützung des Behandlungsprozesses: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Angaben zum Pflegestatus**Notwendige Hilfsmittel:

Rollstuhl:

 \_\_\_\_\_

Gehhilfe:

 \_\_\_\_\_

Lagerungshilfe:

 \_\_\_\_\_

Sonstige z.B. Lifter, Brille, Hörgeräte, Rollator:

 \_\_\_\_\_Essen und Trinken:

Selbstständig:

 \_\_\_\_\_

Hilfe notwendig:

 \_\_\_\_\_

Hilfsmittel notwendig:

 \_\_\_\_\_

Bevorzugte Nahrungsmittel:

 \_\_\_\_\_

Abneigung / Unverträglichkeiten:

 \_\_\_\_\_

Gebissprothese:

 \_\_\_\_\_

Sondenernährung:

 \_\_\_\_\_

Schlafen:

Besonderes Bett:

 \_\_\_\_\_

Einschlafstörungen:

 \_\_\_\_\_

Schlafstörungen:

 \_\_\_\_\_

Nächtliches Aufstehen:

 \_\_\_\_\_

Nachtwache nötig:

 \_\_\_\_\_Körperpflege:

Selbstständig:

 \_\_\_\_\_

Hilfestellung:

 \_\_\_\_\_

Abwehrendes Verhalten bei:

 \_\_\_\_\_

Hautempfindlichkeit / Wunden:

 \_\_\_\_\_Toilettengang:

Selbstständig:

 \_\_\_\_\_

Hilfestellung:

 \_\_\_\_\_

Harninkontinenz:

 \_\_\_\_\_

Stuhlinkontinenz:

 \_\_\_\_\_