Mit Ihrem Wissen sind wir besser.

Patient:	_			
Gesetzl. Betreuung besteht / Vorsorge-/ G	eneralvollmacht besteht:	JA	NEIN	
Falls ja: Name u	nd Telefonnumer:			
Name und Telefonnummer An- und Zugeh	nöriger:			
Bitte teilen Sie uns mit, zu welchen Uhrzei Wann dürfen wir Sie anrufen? Ihr Name:	iten wir uns an Sie wenden dürfen (bitte markieren) zunehmender Unruhe Verweigerung v. Behandlung Ablehnung von Essen und / o Gefahr d. unabgemeldeten Vo	Therapie od der Getränke	l. Pflege en	
Wichtig: hat sich der Patient in der Verganzurückgebracht werden (sog. Hin-/Weglau	igenheit bereits einmal unbegleitet			
Zuruckgebracht werden (sog. 1111-777veglac	JA	NEIN		
			www.demenz-im-kr	ankenhaus.c
www.demenz-im-krankenhaus.de Patient:	Mit Ihrem Wissen sind wir be Es bestehen Einschlafstörungen: Es bestehen Durchschlafstörunge Patient steht nachts au	JA n: JA f: JA	NEIN NEIN NEIN	
	Wie können wir beim Wiedereinse Einschlafritual?:	:hlafen helfen	? Gibt es ein	
Bitte nennen sie uns Gewohnheiten, Vorli	eben und Abneigungen die den Um	gang und die	Versorgung be	treffen:
Abneigung gegen:				
Vorliebe für:				