Name: Vorname: Jahrgang:

|  |
| --- |
|  |
|  |
| **Wohlbefinden**Welche äusseren Einflüsse/Komponenten tragen individuell zu Ihrem Wohlbefinden bei:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………In Bezug auf MusikHören Sie gerne Musik?❒ ja ❒ neinWenn ja, welcher Stil?...............................................................................................................................Wann wünschen Sie Musik, wann eher nicht?………………………………………………………………………………………………………………………In Bezug auf GerücheGibt es Gerüche, Essenzen, Düfte, die Sie lieben? ❒ ja ❒ nein………………………………………………………………………………………………………………………In Bezug auf Bettutensilien – eigene Materialien?Wünschen Sie eigenes Kissen, Decken, Tücher ect, welche Sie gerne bei sich in der Nähe haben möchten?❒ ja ❒ nein………………………………………………………………………………………………………………………In Bezug auf Bilder, Motive, Blumen etc.:❒ ja ❒ nein………………………………………………………………………………………………………………………Wünschen Sie eine spirituelle/ seelsorgerliche Begleitung?❒ ja ❒ neinWenn ja, wen wünschen Sie? ...............................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………Haben Sie persönliche Wünsche in Bezug auf: Rituale, Gebete, Sakramente, etc.?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………….. …………………………………………………………………………………………….................................. |
| **Sicherheit** Was benötigen Sie ganz allgemein, um sich sicher oder geboren zu fühlen?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Was trägt zu Ihrem persönlichen Wohlbefinden bei?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Welche Menschen wünschen Sie sich in Ihrer Nähe?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Welche Menschen wünschen Sie sich auf keinen Fall in der Nähe?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Gibt es etwas, das Ihnen Angst macht?❒ ja ❒ neinWenn ja, möchten Sie es uns mitteilen?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Was benötigen Sie oder erwarten Sie dann konkret von uns?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Durch welche Ereignisse erleben Sie eine Einschränkung, einen Verlust oder eine Bedrohung Ihrer Autonomie (z.B.: Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Willensfreiheit, Mitbestimmung, Mitverantwortung?)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Was bedeutet für Sie, abhängig von anderen Personen zu werden/zu sein oder das Getrenntsein von vertrauten Personen?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Was benötigen Sie grundsätzlich, damit Ihre Situation für Sie als erträglich erlebt werden kann?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Kommunizieren**Schätzen Sie es, Ihren Gefühle Ausdruck zu geben oder ist es eher Ihre Gewohnheit, dies mit sich selbst auszumachen?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Dürfen wir Sie auf Ihre Gefühle / Ihr Befinden ansprechen?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Schätzen Sie es, über pflegerische Massnahmen fortlaufen informiert zu werden?❒ ja ❒ neinWas wäre hier für Sie förderlich?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Was würde Sie stören?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Kommunikation kann auch erlebt und nicht nur gesprochen sein.Gerne informieren wie Sie über weitere, unterstützende Angebote, z.B.❒ Psychoonkologisch Begleitung❒ Seelsorge❒ Massage/Atemtherapie/Einreibungen/Lagerung❒ Besuchsdienste durch IDEM, Vorlesen der Zeitung, einem Buch, Anschauen von Bildern, Motiven, Spaziergänge etc.❒ Hören ausgewählten Musik wie z.B…..……………………………………………………………………...❒ Ehrenamtliche HelferInnen z.B. durch die Hospizdienst St. Gallen**Ruhen und Schlafen**Wenn Sie schlafen, wie ruhen/ liegen Sie am liebsten?**❒** Oberkörper hoch ❒ flach ❒ rechte Seite ❒ linke Seite❒Rücken ❒ Bauch Bevorzugen Sie Musik zum Einschlafen?❒ ja ❒ neinWenn ja, welche?......................................................................................................................................Ich schlafe in der Regel von………………bis ……………………….Uhr.Schlafen Sie gerne aus? ❒ ja ❒ neinSchlafen Sie gerne bei ❒ offenem ❒halboffenem ❒geschlossenem Fenster?Sind Sie ❒geräuschempfindlich ❒ weniger geräuschempfindlich Wünschen Sie eine sichtbare Uhr, Kalender in der Nähe Ihres Bettes?❒ ja ❒ neinWünschen Sie in der Nacht ein kleines abgeschirmtes Licht?❒ ja ❒ neinLeiden Sie unter Einschlaf- oder Durchschlafstörungen? ❒ ja ❒ nein ❒ ja ❒ neinSind Ihnen Ursachen dafür bekannt? ......................................................................................................Was half Ihnen, damit umzugehen? ……………………………………………………………………………Schlafen Sie lieber auf einer**❒** weichen ❒ normalen ❒ harten Unterlage **Körperpflege**Wie waschen Sie sich gerne?❒ mit Seife ❒ ohne Seife ❒ sonstiges……………………..❒ mit kaltem Wasser ❒ mit lauwarmem Wasser ❒ mit warmem Wasser **❒** eher zügig ❒ normal ❒ langsam **❒** ich bin Rechtshänder ❒ ich bin Linkshänder Ich bevorzuge ❒ Hautpflegelotion ❒ ja ❒ nein wenn ja, welche………………………………❒ Ich mag gerne folgendes Parfum/ Eau de Toilette: ………………………………………………………Wann und wie ist es Ihre Gewohnheit, sich zu rasieren?❒ morgens ❒ mittags❒ nass ❒ trockenWann und wie regelmässig putzen Sie sich gewöhnlich Ihre Zähne?❒ morgens ❒ mittags ❒ vor der Körperpflege ❒ abends❒ vor dem Frühstück ❒ nach dem Frühstück❒ nach der KörperpflegeWelche Getränke, Flüssigkeiten, oder Sonstiges bevorzugen sie für eine allfällige Munderfrischung, Geschmacksverbesserung im Mund, als Trinkersatz oder- Ergänzung zur regelmässigen Mundbefeuchtung?❒ Wasser ❒ Tee (Sorten……………………………………………………………………………………………………❒ Cola❒ Limonade ❒ Sirup ❒ Kaffee❒ Wein ❒ Bier ❒ Persönliche Mundspüllösung ❒ Früchte, z.B. Ananas, Mandarinen, etc……………………………………………………………………❒ Sonstiges, z.B. Gummibärchen, Lutscher, Brausebonbon …………………………………………………………………………………………….**Kleider** Tagsüber wünsche ich folgende Kleidung:❒ normale Kleidung❒ Pyjama / NachthemdNachts wünsche ich:❒ Pyjama❒ Nachthemd❒ Spitalnachthemd Bei allfällig vorhandenem Haarverlust❒ Ich wünsche einen von mir ausgewählten Kopfschutz (Tuch/Mütze/Kappe/Turban)❒ Ein Kopfschutz ist für mich nicht so wichtigWünschen Sie entsprechend Ihrer Gewohnheit- weiterhin geschminkt zu werden?❒ ja ❒ neinWenn ja, was, wie und womit schminken Sie sich: (Augenbrauen, Wimpern, Wangen…)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Essen und Trinken**Selbstverständlich bieten wir Ihnen- je nach Ihrem Wunsch und Bedürfnis und den vertretbaren Möglichkeiten, (Wunschkost) und (Wunschgetränke) an. Manchmal reichen ganz kleine Mengen zur Förderung Ihres Wohlbefindens aus.❒ Mein Lieblingsessen:………………………………………………………………………………………❒ Meine Lieblingsfrüchte: …………………………………………………………………………………….....❒ Bevorzugte Getränke:…………………………………………………………………………………….❒ Was ich nicht mag ..…………………………………………………………………………………………..❒ Ich möchte nicht, dass man mir ungefragt Essen eingibt, wenn ich nicht mehr in der Lage sein sollte.❒ Ich wünsche, dass man mir Getränke oder Flüssigkeiten anbietet, um einer allfälligen Mundtrockenheit oder einem allfälligen Durstgefühl vorzubeugen. Wenn das nicht mehr möglich ist, wünsche ich, dass man mir entsprechend meine Lieblingsgetränke- Flüssigkeiten eine Munderfrischung anbietet.**Kontaktaufnahme**Im Falle einer Verschlechterung Ihres Allgemeinzustandes und / oder Ihrer Bewusstseinslage: wie möchten Sie von uns angesprochen, berührt, bzw. geweckt werden (z.b. vor pflegerischen Verrichtungen)❒ durch eine klare und eindeutige Ansprache mit Namen❒ zusätzlich durch Berührung an: ❒ Hand ❒ Schulter ❒ Kopf ❒ andere:❒ durch einen normalen Händedruck❒ anderes: |
| Gibt es Körperbereiche, wo sie Berührungen nicht so gerne mögen:❒ ja ❒ neinwenn ja wo?....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Haben Sie schmerzempfindliche Körperpartien?❒ ja ❒ neinWenn Ja, wo genau?................................................................................................................................ |
| Haben Sie eine besondere Bewegungseinschränkung?Wenn Ja, wo und bei welcher Bewegung genau?....................................................................................Entsprich es Ihrem Einverständnis, wenn z.B. Ihr Gatte/Gattin, nächste Angehörige, Unterstützung leistet z.B. bei der Körperpflege, beim Betten, Lagern?❒ ja ❒ nein**Sich als Mann oder Frau fühlen Thema Sexualität**Ein allfälliger Eintritt in die Sterbephase kann zu fortschreitender Hilfsbedürftigkeit bei der Körperpflege, zu einer unterstützenden Urinableitung (z.B. Urinkatheter), zu einem Darmeinlauf bei quälenden Verstopfungsproblemen, zu Reinigung und Pflegemassnahmen im Intimbereich führen. Es ist uns selbstverständlich, Ihre Intimsphäre zu schützen und zu respektieren. Gibt es Ihrerseits Wichtiges für uns zu wissen, welches im Zusammenhang mit Pflegehandlungen steht und Ihren Intimbereich betrifft? Was wäre Ihnen wichtig, was wir wissen sollten? ❒ ja ❒ neinWenn ja, möchten Sie es uns, selbstverständlich unter Diskretion, mitteilen?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Wünschen Sie es, mit ihrem Partner/in, Ihren Freunden oder Verwandten ungestörte Zeiten nach Absprache in Ihrem Zimmer zu verbringen? (bitte entsprechend unterstreichen)❒ ja ❒ nein Folgende Absprachen möchte ich mit den Pflegepersonen treffen:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Ausscheidung**Es kann sein, dass Sie Hilfe/Unterstützung bei den Ausscheidungen benötigen. Es ist uns wichtig, Ihnen die Anpassung an die jeweilige neue Situation zu erleichtern und Ihre Intimsphäre bestmöglich zu schützen:Wünschen Sie, so lange wie möglich Ihrer natürlichen Ausscheidungsgewohnheit nachkommen zu können?❒ ja ❒ neinWenn Sie diverse Hilfsmittel benötigen, was bevorzugen Sie dann?❒ den Nachstuhl❒ die Bettschüssel❒ die Urinflasche❒ spielt keine RolleBei allfälligem Kotrollverlust über Ihre Ausscheidungsorgane (betrifft v.a. das Wasserlassen)Was entspricht Ihrem Wunsch / Bedürfnis?❒ Blasenkatheter- Einlage, wenn nötig❒ so lange wie möglich **keine** Blasenkatheter- Einlage ❒ Grundsätzlich keine Blasenkatheter- Einlage!❒ Regelmässige Nässekontrolle mit Unterstützung durch Nässeschutzeinlagen –Hosen❒ Ich überlasse die Entscheidung – je nach Notwendigkeit – dem ärztlichen und pflegerischen Personal**Unterstützung der Angehörigen**Würden Sie es begrüssen, wenn Ihre Angehörigen Sie z.B. bei der Körperpflege, beim Betten, Lagern, essen helfen, Mundpflege usw. unterstützen?❒ ja ❒ neinwenn ja, wer von den Angehörigen und was könnten sie übernehmen?........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Wie möchten **Sie als Angehörige** in die Pflege miteinbezogen werden? (z. B. hier schlafen können)........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Haben Sie noch andere Anliegen?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Sterbephase**Wo möchten Sie sterben?❒ Zu Hause ❒ im SpitalWie möchten Sie in der Phase des Sterbens begleitet werden? Was ist Ihnen besonders wichtig?............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Soll jemand bei Ihnen sein? wenn ja wer, wer nicht?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...Schmaler PatientenkleberHaben Sie noch andere Anliegen? ( z.B. kulturelle Gewohnheiten )……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Begleitung durch den Seelsorger (z. B. wichtige Hinweise für das betreuende Team)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Gibt es für Sie wichtige Rituale nach dem Tod? (z. B. Bekleidung, Gebete usw.)................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |