

**DemiL**  
Demenz Mitten im Leben



# **Mir ist wichtig, dass Du das von mir weißt!**

**Ganz persönliche Einschätzungen, Vorlieben,  
Abneigungen und Alltagsrituale**

**von**

---

**Deckblatt**





---

---

Meine Geduld:

---

---

**Ergänzungen:**

---

Meine Kritikfähigkeit:

---

---

**Ergänzungen:**

---

---

So gehe ich mit Problemen um:

---

---

**Ergänzungen:**

---

---

---

---

---

---

---

## Meine Sinne (sehen, hören, riechen)

Ich bin Brillenträger: ja  nein

Ich möchte, dass mir meine Brille jeden Morgen aufgesetzt wird: ja  nein

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

Ich trage ein Hörgerät: ja  nein  links und oder rechts

Ich brauche kein Hörgerät, habe trotzdem Hörprobleme:  
ja  nein  links und oder rechts

Bitte reden Sie laut und deutlich mit mir, auch wenn es scheint, dass ich das Gesagte nicht mehr verarbeiten kann.

Trifft zu  trifft nicht zu

Ich möchte auf keinen Fall den ganzen Tag Radio oder Fernsehen hören müssen.

Trifft zu  trifft nicht zu

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

Ich bin sehr geruchsempfindlich: ja  nein

Folgende Gerüche mag ich sehr gerne:

Folgende Gerüche verursachen mir Unwohlsein: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Meine Beweglichkeit

Ich gehe gerne Spazieren: ja  nein

Ich habe folgende Beschwerden beim Gehen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich habe folgende Beschwerden beim Sitzen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich habe folgende Beschwerden beim Liegen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Meine Körperpflege

Ich dusche: \_\_\_\_\_x wöchentlich. Ich bade: \_\_\_\_\_x wöchentlich

Wassertemperatur: eher kalt  eher warm  eher heiß  
oder \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Meine Pflegemittel sind: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besonders ist auf folgendes zu achten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Meine Persönlichkeit

**So beschreibe ich mich:**

Mein Temperament: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das ärgert mich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das macht mich fröhlich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Meine Entscheidungsfreudigkeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## Verschiedenes

**Folgende Vorstellung habe ich von meiner Pflegeperson:**

Sie sollte: \_\_\_\_\_

---

Sie sollte nicht \_\_\_\_\_

---

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

**Körperkontakt:**

Ich mag es, wenn: \_\_\_\_\_

---

Ich mag es nicht, wenn: \_\_\_\_\_

---

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

**Geselligkeit**

Ich bin gern allein: ja  nein

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

Ich bin gern mit Menschen zusammen: ja  nein

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

Hautpflege: \_\_\_\_\_

---

---

Haarpflege: \_\_\_\_\_

---

---

Zahnpflege: \_\_\_\_\_

---

---

Nagelpflege: \_\_\_\_\_

---

---

Bartpflege: \_\_\_\_\_

---

---

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

## Meine Essgewohnheiten

### Frühstück

Ich frühstücke gerne im Bett: ja  nein

Ich frühstücke gern im Bademantel am Tisch: ja  nein

Ich frühstücke immer fertig angezogen: ja  nein

Ich lese zum Frühstück die Tageszeitung: ja  nein

Ich höre morgens Radio: ja  nein

Sender: \_\_\_\_\_

Frühstück ist eine wichtige Mahlzeit für mich: ja  nein

Ich mag Blumen, Servietten: ja  nein

Ich trinke morgens folgendes: \_\_\_\_\_

---

Ich esse morgens folgendes: \_\_\_\_\_

---

---

Das möchte ich grundsätzlich nicht: \_\_\_\_\_

---

---

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

Über meine Beerdigung habe ich mir folgende Gedanken gemacht:

(Musik, Blumen, Predigt, etc. ) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

---

## Mein Glaube

**Ich gehöre folgender Kirche /Glaubensrichtung an:** \_\_\_\_\_

---

Meine Rituale sind: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

### Meine Sterbewünsche

Was ich medizinisch will, habe ich in meiner Patientenverfügung festgelegt:

ja  nein

so möchte ich betreut werden: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Ich habe einen Organspendeausweis: ja  nein

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

---

---

### Meine Bestattungswünsche

Ich möchte eine:  Erdbestattung  Feuerbestattung

andere Wünsche \_\_\_\_\_

Mein Bestatter soll sein: \_\_\_\_\_

---

Auf folgenden Friedhof möchte ich beerdigt werden: \_\_\_\_\_

---

### Mittagessen

Mittagessen ist für mich eine wichtige Mahlzeit: ja  nein

Als Getränk bevorzuge ich folgendes: \_\_\_\_\_

---

Gerne esse ich: \_\_\_\_\_

---

**Folgende Speisen esse ich nicht:** \_\_\_\_\_

---

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

---

### Kaffeezeit:

Zum Nachmittagskaffee trinke ich folgendes: \_\_\_\_\_

---

Als Gebäck bevorzuge ich folgendes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das möchte ich grundsätzlich nicht: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Abendessen**

Ich esse nie nach \_\_\_\_\_ Uhr

Abendessen ist ein wichtige Mahlzeit für mich: ja  nein

Mein Abendessen sieht folgendermaßen aus: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Als Getränk bevorzuge ich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Folgendes möchte ich grundsätzlich nicht: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Meine Berufstätigkeit**

**Mein Berufswunsch war:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gelernt /studiert habe ich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Folgende Tätigkeit habe ich ausgeübt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wichtig war mir immer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Ich trage zur Nacht folgendes: \_\_\_\_\_

---

---

---

Folgende Rituale sind wichtig: \_\_\_\_\_

---

---

---

Mittagsschlaf mache ich um: \_\_\_\_\_

Ich habe einen festen Schlaf: ja  nein

Ich bin geräuschempfindlich: ja  nein

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

---

## Meine Hobbys und Leidenschaften

Diese Musik höre ich gern: \_\_\_\_\_

---

---

Folgende Bücher lese ich gern: \_\_\_\_\_

---

---

Meine große Leidenschaft ist: \_\_\_\_\_

---

---

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

---

Mein Esstempo ist eher: langsam  schnell

Meine Portionsgröße sind eher: klein  groß

Meine Trinkmenge pro Tag:

---

---

---

Ich esse gerne folgende Süßigkeiten: \_\_\_\_\_

---

---

---

Ich habe immer auf mein Gewicht geachtet:

ja  nein

**Achtung Unverträglichkeit:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---