

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: _____

Ergänzungen: _____

Meine Garderobe

Im Sommer trage ich: _____

Im Winter trage ich: _____

In den Übergangszeiten: _____

Das trage ich nie: _____

Meine Farbe sind: _____

Folgende Farben trage ich grundsätzlich nicht: _____

Folgender Schmuck ist mir wichtig: _____

Ergänzungen: _____

Meine Schlafgewohnheiten

Ich bin ein:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Frühaufsteher | <input type="checkbox"/> Langschläfer |
| <input type="checkbox"/> „Morgenmuffel“ | <input type="checkbox"/> „Fröhlicher am Morgen“ |

Ich möchte nicht geweckt werden:

Trifft zu trifft nicht zu

Meine Matratze muss folgendermaßen sein: _____

Ich schlafe bei geöffnetem Fenster: ja nein

Ich schlafe nur im verdunkelten Zimmer gut: ja nein

Ich gehe gegen _____ ins Bett

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: _____
