

# Biografische Anamnese

*Die **Behandlung** Ihres Angehörigen/Freundes macht den Aufenthalt auf unserer Intensivstation erforderlich. Uns ist bewusst, dass damit eine schwere und sorgenvolle Zeit für alle Beteiligten begonnen hat und dass für Sie der Umgang mit einem schwerkranken Angehörigen/Freund eine sehr belastende Situation darstellt.*

***Für uns, das Pflorgeteam,** steht neben der intensivmedizinischen Betreuung Ihr Angehöriger/Freund als **Mensch im Mittelpunkt unseres Handelns.** Deshalb ist es für uns sehr wichtig, auch über die Lebensgewohnheiten und Vorlieben Ihres Angehörigen/Freundes informiert zu sein, um so die Betreuung persönlicher und einfühlsamer gestalten zu können.*

*Wir gehen davon aus, dass Patienten ihren Nächsten über Geruch, Hören und Fühlen wahrnehmen können, auch wenn sie bewusstlos sind oder mit Medikamenten in Schlaf versetzt wurden. Außerdem wissen wir, dass **vertraute Dinge aus der häuslichen Umgebung** dazu beitragen können, Ihrem Angehörigen/Freund Orientierung und ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln. Sie können deshalb nach Absprache gerne persönliche Sachen wie Bilder, Musik, Rasierwasser, etc. mitbringen.*

***Dieser Anamnesebogen** hilft uns auf die persönlichen – individuellen Bedürfnisse Ihres Angehörigen/Freundes einzugehen und darauf so weit wie möglich unsere **Betreuung, Pflege und Förderung** abzustimmen.*

*Da Ihr Angehöriger/Freund aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht selbst in der Lage ist, uns zu seinen persönlichen Lebensgewohnheiten Fragen zu beantworten, bitten wir Sie den folgenden Bogen nach Ihrem Ermessen auszufüllen bzw. anzukreuzen.*

*Diese Informationen werden selbstverständlich vertraulich und gemäß dem Datenschutzgesetz behandelt.*

***Vielen Dank für Ihre Unterstützung!***

# ALLGEMEINE SOZIALANAMNESE

Name des Patienten/in:.....

Alter:.....

Persönliche Anrede oder Spitznamen:.....

Familienstand:.....

Hat er/sie Kinder?

.....

Welchen Beruf hat er/sie ausgeübt und wann ist er/sie in der Regel dafür aufgestanden?

.....  
.....

Welche Hobbys hat er/sie?

.....  
.....

Welche Personen sind ihm/ihr wichtig?

.....  
.....

Wer sollte ihn/sie auf der Intensivstation besuchen?

.....  
.....

Wer eher nicht?

.....

Gibt es ein wichtiges Ereignis in der letzten Zeit, dass Ihren Angehörigen immer noch beschäftigt( Umzug, Verlust eines nahen Menschen, Prüfung, etc.)?

.....  
.....  
.....

Spielt der Glaube(Religion) in seinem/ihrer Leben eine wichtige Rolle?

.....

Ist er/sie ein ängstlicher Mensch?

.....

Welches Verhalten zeigt er/sie bei Angst /Kriesensituationen?

.....

Wenn er/sie sich krank fühlt:

braucht er/sie viel Zuwendung

möchte er/sie in Ruhe gelassen werden

Was glauben Sie, wäre für ihn/sie während des Aufenthaltes auf unserer Intensivstation besonders wichtig?

.....  
.....  
.....  
.....

## **SCHMERZ**

Wie geht er/sie mit Schmerzen um?

.....  
.....

Woran erkennt man, dass er/sie Schmerzen hat?

.....  
.....

Schmerzempfindung

eher starke Schmerzempfindung

eher höhere Schmerztoleranz

eher Rückzugsverhalten bei Schmerzen

eher Wut und Ungeduld bei Schmerzen

Wenn er/sie sich krank fühlt braucht er/sie

viel Zuwendung

möchte in Ruhe gelassen werden

Was verschafft ihm/ihr Sicherheit?

.....  
.....

## KÖRPERPFLEGE

Er/sie ist       Rechtshänder                       Linkshänder

Legt er/sie viel Wert auf Körperpflege?

sehr wichtig    wichtig    normal    weniger wichtig    unwichtig

Welche Tageszeit?

morgens                       abends

Wie sollte das Wasser für die Körperhygiene temperiert sein ?

kalt                       lauwarm                       warm                       heiß

Welche Zusätze bevorzugt er/sie?

.....

Benutzt er/sie Deo- Hautlotion- Aftershave- Parfüm?

nein

ja, welches?.....

Wie hat er sich rasiert?

nass

elektrisch

Wie oft hat er sich rasiert?

.....

Sonstige Besonderheiten bei der Körperpflege?

.....

.....

## MUND- UND ZAHNPFLEGE

Wann putzt er/sie sich die Zähne?

morgens       mittags       abends                       nach jeder Mahlzeit

Bevorzugt er/sie besondere Zahnputzmittel?

.....

Prothesenträger:  die Prothese wird abgebürstet

die Prothese wird mit 3-Phasen- Reiniger gesäubert

die Prothese wird mit Haftmittel fixiert

Er/sie behält die Prothese über Nacht im Mund  ja  nein

## SCHLAFEN UND LIEGEN

Bevorzugte Einschlafposition:

Rücken  Oberkörper hoch  rechte Seite  
 Bauch  Oberkörper flach  linke Seite

Welche Lage ist unangenehm?

.....

Er/sie geht (bitte mit Zeitangabe):

Zu Bett um.....Uhr  steht auf um.....Uhr

schläft durch  ist nachts oft wach  steht nachts längere Zeit auf  
 macht regelmäßig Mittagsschlaf.....Stunden

Schlafdauer ca.:.....Stunden

Besonderheiten (zu. Spezialkissen, Einschlafrituale, dicke Socken, Pyjama, Licht, offenes Fenster, Wärmflasche, dicke/dünne Decke, ein Glas Alkohol, Musik, Fernsehen....):

.....  
.....

Verwendet er/sie Schlafmittel:  ja  nein

Wenn ja, welche?.....

## KÖRPERKONTAKT

Reaktionen bei Körperkontakt allgemein

eher positiv  eher zurückhaltend

An welchen Stellen empfindet er/sie Berührung angenehm:

Hände  Arme  Schulter  Nacken  Haare  Füße

andere Körperstellen:.....

Wo mag er/sie nicht berührt werden?

.....

Hat er/sie schmerzempfindliche Stellen, Bewegungseinschränkung, Sensibilitätsstörung:.....  
.....

Beruhigend wirken auf ihn/sie:  
 Berührung       Musik       Vibrationen (z.B.massieren)

## **ESSEN UND TRINKEN**

Welche Getränke bevorzugt er/sie (Kaffee, Tee, Milch, Saft....)?  
.....  
.....

Andere Lieblingsgetränke (bevorzugte Geschmacksrichtungen):  
.....  
.....

Welche Speisen bevorzugt er/sie?  
.....  
.....

Bevorzugte Geschmacksrichtungen:  
 süß     sauer     salzig     bitter

Was mag er/sie nicht gerne?  
.....  
.....

Wie ist sein/ihr Tempo beim Essen?  
 langsam       schnell

Besonderheiten beim Essen und Trinken:  
.....  
.....  
.....

## GERÜCHE

Welche Gerüche / Lieblingsdüfte sind ihm/Ihr bekannt ( Parfüm, Aromalampen, Düftöle,etc.) ?

.....  
.....

## SEHEN

Wie gut kann er/sie sehen?

gut     Lesebrille     benötigt ständig eine Brille     Kontaktlinsen  
 blind rechts                       blind links

er/sie kann Gegenstände und Personen nur aus kurzer Distanz erkennen

Welche Gewohnheiten hat er/sie in Bezug auf Lesen , Fernsehen und Musik hören?

.....  
.....  
.....

## HÖREN

Wie gut kann er/sie hören?

gut  
 schwerhörig:  rechts     links  
 taub:                       rechts     links  
 Hörgerät:                 rechts     links

Hört er/sie gerne Musik?

ja                               nein

Wenn ja, welche (z.B. Radiosender)?

.....  
.....

Abführmittel?

nein

ja, welches?.....

## Ergänzungen

Gibt es sonst noch etwas Wichtiges bezüglich des Patienten, das sie uns mitteilen möchten?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Die Fragen wurden beantwortet von:.....

Beziehung zum Patient:.....

*Wir danken Ihnen für Ihre umfangreiche Auskunft und werden uns bemühen, die einzelnen Punkte soweit wie möglich in unsere Pflege zu integrieren. Falls Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen Ihnen gerne weiter.*

# Initialberührung

Zu Beginn und zum Abschluss jeder Maßnahme am Patienten/in wird der Patient/in an einem zentralen Körperbereich (bekannt aus der Biografischen Anamnese) berührt, um ihn/sie über die folgende Maßnahme zu informieren, oder den Abschluss der der Tätigkeit mitzuteilen.

**Jede nicht angekündigte Maßnahme oder Tätigkeit kann für den Patienten/in Stress bedeuten.**

Die Berührung sollte klar und eindeutig sein.  
Als Bereiche für die Initialberührung eignen sich:

**Schulter**

**Arme**

**Hände**

Bitte passendes unterstreichen

- Die Initialberührung sollte auch verbal unterstützt werden
- **Die Initialberührung sollte von jeder Person (Besuch, Arzt, Pflegekraft, Therapeuten, etc.), die am Patienten/in eine Maßnahme oder Tätigkeit durchführt eingehalten werden!**
- Info- Blatt sichtbar am Bett des Patienten/in anbringen