

## Datenblatt

### Ersterfassung von alterspsychiatrischen Erkrankungen

Datum/ Uhrzeit des Ausfüllens: \_\_\_\_\_

Prozessführende Person: \_\_\_\_\_

#### Personalien

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Übertritt von: \_\_\_\_\_

Liegen folgende Unterlagen vor und wurden sie eingesehen? Ja  Nein

- Aktuelle med.Diagnoseliste
- Aktuelle Medikamentenliste
- Arztbericht(e)

#### Anamnese

Sind Sie aktuell in psychiatrischer Behandlung? Ja  Nein

Wenn ja, bei wem resp. seit wann? \_\_\_\_\_

Waren Sie früher schon einmal in psychiatrischer Behandlung? Ja  Nein

Wenn ja, wo und wann? \_\_\_\_\_

#### Medikamente

Wie viele Medikamente nehmen Sie täglich ein? Anzahl: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Schlafmittel oder Beruhigungsmittel ein? Ja  Nein

Wenn ja, welche und wie lange? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Kommentar (z.B. weitere Beobachtungen, Bemerkungen zu Kontext usw.)

#### Beurteilung von Alterspsychiater

Datum: \_\_\_\_\_

Konsilium notwendig: Ja  Nein

→ Wenn ja: Terminierung durch Alterspsychiater

Feedback an Pflege durch Alterspsychiater: