


| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|  | Einrichtungsspezifische Betreuung von Menschen mit Demenz | Vollstationäre Pflegeeinrichtung |
| | | Stand : Oktober 2011 |
| | Bischof – Kettler – Haus Seniorenpflegeheim | Seite: 1 von 2 |

Umsetzung Gerontopsychiatrischer Konzepte:

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Personenzentrierte Ansatz (<i>Tom Kitwood</i>) | <input type="checkbox"/> Mäeutisches Konzept | <input type="checkbox"/> Eden Philosophie |
| <input type="checkbox"/> Psychobiografisches Pflegemodell (<i>E. Böhm</i>) | <input type="checkbox"/> Eigenes: | |

Umsetzung Gerontopsychiatrischer Methoden:

| | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Validation | <input checked="" type="checkbox"/> Biografiearbeit | <input checked="" type="checkbox"/> Milieuthherapie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Realitätsorientierungstraining | <input type="checkbox"/> Selbsterhaltungstherapie | <input checked="" type="checkbox"/> Basale Stimulation |
| <input checked="" type="checkbox"/> Erinnerungsarbeit | | |
| Weitere: | | |

Angebote zur Beschäftigung, Sinnfindung, Beteiligung am sozialen Leben:

| | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Tagesfahrten | <input checked="" type="checkbox"/> Tanzen | <input checked="" type="checkbox"/> Gesprächskreis |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ausflüge | <input checked="" type="checkbox"/> Malen | <input checked="" type="checkbox"/> Lesestunde |
| <input checked="" type="checkbox"/> Spaziergänge | <input checked="" type="checkbox"/> Musizieren/ Singen | <input checked="" type="checkbox"/> Alltagsorientierte Beschäftigung (<i>Einkäufe, Kochen, Backen, Reparaturen</i>) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Veranstaltungen, Feste | <input type="checkbox"/> Musiktherapie | <input checked="" type="checkbox"/> Alltagsbegleitung |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Sport- und Bewegungsgruppen | |
| | <input type="checkbox"/> Snoezelen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gedächtnistraining | <input type="checkbox"/> Therapietiere | <input checked="" type="checkbox"/> Einzelbetreuung |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> Gruppenbetreuung |
| Weitere: | | |

Angehörigenarbeit:

| | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Angehörigentreffen | <input checked="" type="checkbox"/> Regelmäßige Informationsveranstaltungen | <input checked="" type="checkbox"/> Vermittlung von entlastenden Angeboten/ Selbsthilfegruppen |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

Spezifisch personelle Gegebenheiten:

| | | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Wohngruppenfachkräfte | <input type="checkbox"/> Angestellter/ kooperierender Dementia Care Mapper | <input checked="" type="checkbox"/> Betreuungsassistenz (gemäß §87b SGBXI) |
| <input type="checkbox"/> Weitere: | | |

Spezielle Wohnformen:

| |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stationäre Wohngruppen/ - bereich für Menschen mit Demenz |
| <input type="checkbox"/> Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anzahl Einzelzimmer _____ |
| <input type="checkbox"/> Anzahl Doppelzimmer _____ |

Räumliche Besonderheiten:

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Milieutherapeutische Gestaltung der Wohnbereiche (z.B. Waschtisch, Musikecke) | <input checked="" type="checkbox"/> Räume zur Begegnung, Gemeinschaftsräume | <input checked="" type="checkbox"/> Orientierungshilfen (Farb-, Lichtgestaltung; Uhren, Kalender, Piktogramme, Fotos) |
| <input type="checkbox"/> Ruheräume/ Räume des Rückzuges | <input type="checkbox"/> Snoezel-Räume | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Weitere: | | |

Individuelle Angebote:

| | | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Gemeinsame Speiseplanung | <input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf/ Tagesstrukturierung | <input checked="" type="checkbox"/> Einzelangebote zur Beschäftigung |
| <input checked="" type="checkbox"/> Selbstbestimmte Essenszeiten | <input checked="" type="checkbox"/> Tag-/ Nachtrhythmus | <input type="checkbox"/> Weitere: |
| <input type="checkbox"/> Finger Food | <input type="checkbox"/> Nachtcafé | |

Spezifische Maßnahmen zur Qualitätssicherung:

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dementia Care Mapping |
| <input type="checkbox"/> Mind. 3-mal jährliche Teilnahme an dem Qualitätszirkel Demenz des QVNIA e.V. |
| <input type="checkbox"/> Demenzverantwortliche/r (Name, Tel.): |
| <input type="checkbox"/> Andere: |