

	<b>Einrichtungsspezifische Betreuung von Menschen mit Demenz</b>	Vollstationäre Pflegeeinrichtung
		Stand: August 2013
	Pflegewerk Senioren Centrum gGmbH	Seite: 1 von 2

**Umsetzung Gerontopsychiatrischer Konzepte:**

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

**Umsetzung Gerontopsychiatrischer Methoden:**

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

**Angehörigenarbeit:**

<input checked="" type="checkbox"/> Angehörigentreffen	<input 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 ( <i>gemäß §87b SGBXI</i> )
<input type="checkbox"/> Weitere:		

**Spezielle Wohnformen:**

<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre Wohngruppen/ - bereich für Menschen mit Demenz
<input checked="" type="checkbox"/> Anzahl: <u>1</u>
<input type="checkbox"/> Anzahl Einzelzimmer <u>1</u>
<input type="checkbox"/> Anzahl Doppelzimmer <u>15</u>

**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 <i>(Farb-, Lichtgestaltung; Uhren, Kalender, Piktogramme, Fotos)</i>
<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 checked="" type="checkbox"/> Finger Food	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Demenzverantwortliche/r (Name, Tel.): Ilona Köster 446771-79
<input type="checkbox"/> Andere: