

Biografiebogen

Diese Angaben helfen uns, Ihre/n Angehörige/n näher kennen zu lernen und gezielter auf die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche einzugehen.

Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig und werden streng vertraulich behandelt.

Name	
Geboren	
Religion	
Familienstand	
Hausarzt	
Gewünschter Arzt in der Einrichtung	

Wohnumfeld

Wie war die letzte Wohn- und Lebenssituation/ Grund des Einzugs

(z.B. lebte allein Zuhause, in der Familie, aus dem Krankenhaus, aus anderer Einrichtung, Pflege konnte in der Familie nicht mehr bewältigt werden usw.)

Sozialanamnese

Eltern (Name, Beruf)

Vater

Mutter

Geschwister

Heimatort/ Kindheit/ Lebensweg

- Wo sind Sie aufgewachsen Land/ Stadt/ Dorf

- Wie war Ihr Elternhaus streng/ liebevoll/ Ihre Kindheit/ haben Sie sich mit Ihren Geschwister gut vertragen

- Kriegskind/ geflüchtet

- Schulzeit/ Schulform/ Abschluss

- Durfte Sie Ihren Beruf selbst wählen/ Traumberuf/ kurzer beruflicher Werdegang

- Wo haben Sie Ihren Ehepartner/ Lebenspartner kennen gelernt (z.B. beim Tanzen, Arbeit, Urlaub usw.)
Wann haben Sie geheiratet/ was war der Ehepartner von Beruf/ woher kam er

- Wie viele Kinder/ Enkelkinder haben Sie/ wo leben die Kinder/ wie ist der Kontakte zu den Kindern

- Welche Unternehmungen haben Sie mit Ihrer Familie unternommen (z.B. Urlaube, Hobby`s, Garten, Haustiere, schönste Erlebnisse, schlimmste Erlebnisse usw.)

- Waren Sie engagiert (z.B. im Frauenbund, Vereine)

- Welche Interessen haben Sie (z.B. religiöse, spirituelle Interessen, lesen, wenn ja, welche Themen, TV, welche Sendungen, Musik, Radio welche Sendung, welcher Sender usw.)

- Wie war/ ist Ihr Freundeskreis

- Mahlzeiten Essen (z.B. Besonderheiten, Gewohnheiten, Tisch decken, bestimmte Gerichte zu bestimmten Anlässen, Feiertagen usw.)

- Lieblingsspeisen
- was mögen Sie nicht

- Haben Sie eine Lebensmittelunverträglichkeit/ Allergien

- Bestehen bei Ihnen besondere alters- bzw. krankheitsspezifische Aspekte, die bei den Mahlzeiten berücksichtigt werden müssen (z.B. Konsistenz der Nahrung, breiige Kost, PEG)

- Welche Erkrankungen haben Sie/ wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus und warum

Welche Hilfsmittel benötigen Sie

- Rollstuhl
- Rollator
- Gehstock
- Brille
- Zahnprothese oben
- Zahnprothesen unten
- Prothesen

Persönliche Einschätzung

<p>Was riechen Sie gerne (z.B. Duft einer Rose, Kaffee, Waldluft usw.)</p>	
<p>Was machen Sie bei Schmerzen, ich</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ziehe mich zurück <input type="radio"/> brauche Trost <input type="radio"/> lenke mich ab(wie?)----- <input type="radio"/> werde wütend <input type="radio"/> bin sehr schmerzempfindlich <input type="radio"/> glaube einiges aushalten zu können <input type="radio"/> habe Angst vor Schmerzen 	
<p>Was verschafft Ihnen Sicherheit (z.B. bestimmte Menschen, Informationen, Gespräche)</p>	
<p>Geschmackliche Wahrnehmung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> gemindert <input type="radio"/> Besonderheiten 	<p>Mahlzeitenangebot</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> selbstständige Einnahme <input type="radio"/> selbstständige Einnahme mit Unterstützung <input type="radio"/> anleitende Mahlzeiteinnahme <input type="radio"/> Mahlzeiten werden angereicht
<p>Kommunikative Grundhaltung</p> <p><u>Verbal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> aufnehmend/ zurückhaltend <input type="radio"/> teils/ teils <input type="radio"/> offen/ wortgewaltig <input type="radio"/> häufige Unterhaltungsthemen..... 	<p><u>Nonverbal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Gestik <input type="radio"/> Mimik <input type="radio"/> nicht feststellbar
<p><u>Visuelle Wahrnehmung, ich</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> sehe gut <input type="radio"/> benötige eine Lesebrille <input type="radio"/> benötige eine Brille <input type="radio"/> trage Kontaktlinsen <input type="radio"/> bin fast blind <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> finde mich im Dunkelheit zurecht <input type="radio"/> sehe Doppelbilder <input type="radio"/> vertrage kein grelles Licht <input type="radio"/> kann nur nahe Personen/ Gegenstände erkennen im Abstand vonMetern 	<p><u>Akustische Wahrnehmung, ich</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> höre gut <input type="radio"/> bin leicht schwerhörig o rechts o links <input type="radio"/> bin schwerhörig o rechts o links <input type="radio"/> trage ein Hörgerät o rechts o links <input type="radio"/> nehme das Hörgerät nachts raus o ja o nein <input type="radio"/> bin taub

<u>Sind Sie Rechts/ Linkshänder</u> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Rechtshänder<input type="radio"/> Linkshänder	
Berührungen Haben Sie schmerzempfindliche Körperstellen/ Bewegungseinschränkungen	
Haben Sie Sensibilitätsstörungen	
Wo dürfen wir Sie berühren, um Ihnen etwas mitzuteilen oder Sie z.B. zu wecken	
Was empfinden Sie als äußerst unangenehm	
Schlafen <u>Ich schlafe in der Regel</u> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 4 Std. <input type="radio"/> 6 Std. <input type="radio"/> 8 Std.<input type="radio"/> 10 Std. <input type="radio"/> mehr wie 10 Std.<input type="radio"/> die ganze Nacht durch<input type="radio"/> mit Unterbrechungen<input type="radio"/> ich gehe erst umUhr ins Bett<input type="radio"/> ich mache meist einen Mittagschlaf vonUhr bis ----- Uhr	<u>Wenn ich schlafe liege ich</u> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> auf der linken Seite<input type="radio"/> auf der rechte Seite<input type="radio"/> Rückenlage<input type="radio"/> Bauchlage<input type="radio"/> Oberkörper hoch<input type="radio"/> flache Lage

Haben Sie Materialien/ Gegenstände die Ihr Wohlgefühl steigern	
<u>Was tragen Sie beim Schlafen</u> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Schlafanzug<input type="radio"/> Nachthemd<input type="radio"/> sonstiges	<u>Ich schlafe</u> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> bei offenem Fenster<input type="radio"/> bei geschlossenem Fenster<input type="radio"/> wenn es kalt ist, bei geschlossenem Fenster<input type="radio"/> der Raum muss abgedunkelt sein<input type="radio"/> ich brauche ein Nachtlicht
Körperpflege <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ich wasche mich Uhrzeit<input type="radio"/> ich dusche mich in der Woche<input type="radio"/> ich bade in der Woche<input type="radio"/> ich dusche täglich	<u>Ich wasche mich mit</u> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Seife<input type="radio"/> ohne Waschzusatz<input type="radio"/> sonstigem<input type="radio"/> mit kaltem Wasser<input type="radio"/> mit warmen Wasser<input type="radio"/> mit heißem Wasser<input type="radio"/> mit lauwarmen Wasser
<u>Ich rasiere mich</u> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> trocken <input type="radio"/> nass<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> abends<input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> in der Woche	
<u>Die Fragen wurden</u> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> von mir selbst<input type="radio"/> von einem Angehörigen<input type="radio"/> gemeinsam mit einer Pflegekraft beantwortet	

Datum/ Unterschrift des Bewohners/ Angehörigen

Datum/ Unterschrift der Pflegekraft