

Biographie-Fragebogen



Name des Bewohners

Geb.-Datum

Einzugsdatum

Lieber Heimbewohner, liebe Angehörige,

wir freuen uns, Sie in unserem Haus begrüßen zu dürfen und wünschen Ihnen, dass Sie sich baldmöglichst bei uns heimisch fühlen. Um Ihnen und uns die Zeit des Kennenlernens zu erleichtern, wäre es uns eine große Hilfe, wenn Sie diesen Bogen für uns ausfüllen. Ihre Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Wir danken für Ihre Mithilfe und freuen uns auf ein gutes Miteinander!

Ihr Pfllegeteam

Unterstützung beim Ausfüllen durch:

Name: _____

Datum: _____

Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____

Familie und Umfeld

• wichtige Bezugsperson/en: _____

• Lebenssituation vor dem Heimeinzug (z. B. alleinlebend, in der Familie):

- Unterstützung zu Hause im Alltag durch
- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angehörige | <input type="checkbox"/> Freunde | | |
| <input type="checkbox"/> Nachbarn | <input type="checkbox"/> Sozialstation | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege | <input type="checkbox"/> Tagespflege |

Name: _____ andere Dienste: _____

Umfang der Hilfe: _____

Kindheit und Jugend

• Namen der Eltern: _____

• Berufstätigkeit der Eltern: _____

• Lebensalter/Sterbejahr der Eltern: _____

• Geschwister des Bewohners: _____

• Schulbildung des Bewohners: _____

• besondere Beziehung zu einem Familienangehörigen: _____

• wichtige Wohn- bzw. Lebensorte: _____

Beruf und Familie

- Ausbildung: _____
- 1. Berufstätigkeit: _____ Anzahl der Berufsjahre: _____
- 2. Berufstätigkeit: _____ Anzahl der Berufsjahre: _____
- Partnerschaft/Ehe mit: _____
- besondere Aspekte in der Beziehung: (z.B. dominanter Ehepartner, Schwiegermutter im Haushalt, ...)

- Namen der Kinder: _____
- weitere wichtige Bezugspersonen: _____
- finanzielle Situationen: _____

Alter

- Berentung seit: _____
- finanzielle Situation: _____
- Freizeitgestaltung: (z. B. Hobbys, Vereinsleben, Handarbeiten, Gesellschaftsspiele, ...)

- Literatur: Sachbuch Roman Krimi Zeitung Zeitschrift

- Fernsehen / Kino: Nachrichten Krimi Heimatfilm Tierfilm
 Dokumentation Sonstiges: _____
- ehrenamtliche Tätigkeit: _____
- Pflegetätigkeit bei Angehörigen: _____
- Sterbedatum von Partner/Bezugsperson: _____

Persönlichkeit

- wichtige/prägende Ereignisse: (z. B. Erfolge, Verluste, Krieg, ...)

- Kontaktfreudigkeit, früher: _____
heute: _____

- Mundart/Muttersprache: _____
- wichtige Werte: (z. B. Pünktlichkeit, Ehrlichkeit, Hilfsbereitschaft, Ordnung, Sauberkeit, ...)

- Religiosität: (Gebete, wenn ja welche? Kirchgänge, Esoterik, kirchliches Engagement, ...)

- bevorzugte Musik: Volksmusik Blasmusik Klassik _____
- Lieblingsgeräusche: _____
- Lieblingsgerüche: _____
- Rechts-/Linkshänder: _____
- Einschränkungen beim Sehen: _____
- Einschränkungen beim Hören: _____
- zulassen können von körperlicher Nähe: _____
- Akzeptanz von Körperberührungen: _____

Lebensgewohnheiten

Beschäftigung in der letzten Zeit: (gemeint ist der Zeitraum vor der akuten Erkrankung/Demenzbeginn)

- Haushalt/Handarbeit/Garten: _____
- Haustiere: _____
- Hobbys: (z.B. Sammlerleidenschaft, Spiele, ...) _____

- interessante Themen: (Politik, Sport, Mode, ...) _____

- wichtige Medien: (Radio, Fernsehen, PC, ...) _____

Körperpflege

- bevorzugt Waschen Duschen Baden Häufigkeit: _____

- bevorzugt warmes Wasser kaltes Wasser _____
- bevorzugt Stück-Seife Flüssigseife _____
 Deospray Parfüm _____
- Hautpflege: Öl Gesichtscreme Körperlotion _____
bevorzugte Handelsmarken: _____
- Rasur: nass trocken Pflegemittel/Rasierwasser: _____
- Zahnpflege: eigene Zähne Prothesenträger schläft mit Zahnprothese
Gewohnheiten: (z. B. Tageszeit, Häufigkeit, elektr. Bürste, Kukident, Odol, Lieblingszahncreme, ...)

- Haarpflege: (z. B. Häufigkeit der Haarwäsche, Föhnen oder Legen, Häufigkeit Friseurbesuch, ...)

- Fingernägel/Fußpflege: (z. B. Häufigkeit, Selbstpflege durch Angehörige, Fußpflegedienst, Lackieren, ...)

- Schminkgewohnheiten: (z. B. Lippenstift, ...) _____

Kleidung

- bevorzugt: (Stil, Farbe, Qualität, Hose bzw. Rock, leicht oder warm ...) _____

- Häufigkeit des Wechsels: _____
- Lieblingsschuhe: _____
- Schmuckgewohnheiten: _____

Bewegung

- Freude an Bewegung: (z. B. Spaziergänge, Wandern, Radfahren, Skifahren, Schwimmen, ...)

- Häufigkeit: _____

Essen und Trinken

- Lieblingsspeisen: _____
- Lieblingsgetränke: _____
- Appetit: kleine Portion normale Portion größere Portion
- tägliche Trinkmenge: weniger als 1 Liter 1 bis 1,5 Liter 1,5 Liter und mehr
- Abneigungen: _____
- Unverträglichkeiten: _____
- Essenszeiten: Frühstück: _____ Mittagessen _____ Abendessen: _____

- Tischkultur: _____
- Tischgebet: _____
- Körpergewicht: Untergewicht Normalgewicht Übergewicht
- Gewichtverlauf in den letzten 6 Monaten: (-Zunahme/ -Abnahme)

- Süßigkeiten: _____

Ausscheiden

- Urin: (Probleme beim Wasserlassen, nächtlicher Toilettengang: einmal, mehrmals, Einlagen nötig, ...)

- Stuhlgang: (Häufigkeit, Gewohnheit, Abführmittel, Tageszeit, Einlagen nötig, ...)

Ruhen und Schlafen

- Bettgehzeit: _____ Aufstehzeit: _____
- Einschlafgewohnheiten: (Einschlafposition, Musik, Getränk, Schlafmittel, Raumtemperatur, ...)

- Schlafprobleme: nein ja evtl. welche? _____
- Schlafdauer nachts: _____ Std. Ruhezeiten am Tag: _____

Genussmittel

- Rauchen: (Art, Menge, Zeit, ...) _____
- Alkohol: (Art, Menge, Zeit, ...) _____

Krankheitsgeschichte

- Erkrankungen: _____

Bekannt seit: _____

- lebensbedrohliche Erkrankungen bei Familienangehörigen: _____

- lebensbedrohliche Erkrankungen des Bewohners: _____

- **Bei Demenz**

Wann und wem aufgefallen? _____

Mit welchen Anzeichen aufgefallen? _____

Seit wann und wie verschlimmerten sich die Verhaltensauffälligkeiten?

besondere Belastungen: _____

Name des behandelnden Facharztes: _____

In welchen Alltagssituationen werden Wohlfühlgefühle erlebt? _____

- **Anmerkungen / Ergänzungen**