

Sehr geehrte/r Angehörige/r

Da mit dem Einzug in unsere Einrichtung ein neuer Lebensabschnitt für _____ beginnt, benötigen wir einige Angaben über ihre/seine Biografie.

Die gesammelten Informationen sind für unsere Mitarbeiter eine große Hilfe im Umgang mit unseren Bewohnern. Desto detaillierter die Angaben zu Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen erarbeitet werden, umso besser können wir auf unsere Bewohner eingehen.

Ebenso ist das Wissen über Lebensabschnitte und einschneidende Erlebnisse hilfreich, den Menschen und seine Reaktionen besser zu verstehen. Besonders wenn der Bewohner selber nicht mehr in der Lage ist seine Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen, ist dies von besonderer Bedeutung. Kenntnisse über die Biografie und Einblicke in die Gefühlswelt machen das tägliche Zusammenleben zwischen Bewohnern und Mitarbeitern einfacher und verständlicher.

Wir bitten Sie, folgende Fragen nach Ihrem Ermessen zu beantworten. Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich freiwillig.

Alle Informationen werden ausschließlich für pflegerische Zwecke genutzt und vertraulich behandelt. Soweit es möglich ist, sollte die/der Bewohner/in daran beteiligt werden.

Für Fragen und Hilfestellungen stehen unsere Mitarbeiter gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Vertrauen.

Ihre Hausleitung

Biografiebogen – Bestandteil Pflegeplanung

Name Bewohner

Kein Mensch ist ohne Biografie. Die Biografie macht uns einzigartig. Die Biografiearbeit soll gelebtes Leben sichtbar machen und als Schlüssel zu noch vorhandenen Fähigkeiten dienen. Sie dient der Wertschätzung eines jeden Menschen und hilft Verhalten besser zu verstehen. Sie unterstützt dabei Pflege ganzheitlicher zu planen und durchzuführen. Dieser Bogen ist ein Leitfaden für eine mögliche Lebensbeschreibung und sollte im Idealfall zusammen mit dem Bewohner ausgefüllt werden.

Erstinformation stammen von	<input type="checkbox"/> Bewohner	<input type="checkbox"/> Bewohner mit Angehörigen	<input type="checkbox"/> Bewohner mit Mitarbeiter der Einrichtung	
Name	<input type="checkbox"/> Angehöriger	<input type="checkbox"/> Angehöriger mit Mitarbeiter der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Freund / Bekannter	<input type="checkbox"/> Sonstiger
Datum	<input type="checkbox"/> Es konnten keine Erstinformationen gesammelt werden, weil			

Familiäre Situation	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden, seit	<input type="checkbox"/>
	Name des letzten Ehepartners			Beruf	<input type="checkbox"/> lebt noch	<input type="checkbox"/> ist verstorben im Jahr	
	Kinder	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl	wohnen alle/teils	<input type="checkbox"/> am Ort	<input type="checkbox"/> in der Nähe	<input type="checkbox"/> weit weg
	Namen der Kinder						
	Besteht Kontakt zu allen den Kindern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	besondere Beziehung zu			
	Enkel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl	wohnen alle/teils	<input type="checkbox"/> am Ort	<input type="checkbox"/> in der Nähe	<input type="checkbox"/> weit weg
	Namen der Enkel						
	Besteht Kontakt zu allen Enkeln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	besondere Beziehung zu			
	weitere Angehörige / Bekannte, zu denen ein enger Kontakt besteht						
bisherige Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> in einem Dorf	<input type="checkbox"/> in einer Kleinstadt	<input type="checkbox"/> in einer Großstadt	<input type="checkbox"/> in einer Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> im eigenen Haus	<input type="checkbox"/> zur Miete	
	<input type="checkbox"/> in der Familie lebend mit Kinder / Enkelkindern		<input type="checkbox"/> mit Ehepartner / Lebenspartner lebend		<input type="checkbox"/> allein lebend		

Verhaltensweisen / Stimmungslagen

<input type="checkbox"/> Tagmensch	<input type="checkbox"/> Nachtmensch	<input type="checkbox"/> immer beschäftigt	<input type="checkbox"/> sportlich	<input type="checkbox"/> gesundheitsbewusst	<input type="checkbox"/> modebewusst	<input type="checkbox"/> körperbewusst		
<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> nach innen gewandt (introvertiert)	<input type="checkbox"/> mitteilsam	<input type="checkbox"/> nach außen gerichtet (extrovertiert)		<input type="checkbox"/> laut			
<input type="checkbox"/> ordnungsliebend	<input type="checkbox"/> fröhlich	<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> mutig	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> aufbrausend	<input type="checkbox"/> ungeduldig	<input type="checkbox"/> aggressiv

Sonstiges:

Kommunikation

<input type="checkbox"/> ist gern in Gesellschaft	<input type="checkbox"/> ist lieber allein	<input type="checkbox"/> mangelnde Kommunikation aufgr. bisheriger Zurückgezogenheit	<input type="checkbox"/> kleiner Freundeskreis/Bekannteskreis	<input type="checkbox"/> großer Freundeskreis/Bekannteskreis
---	--	--	---	--

Sonstiges:

Umgang im Schmerz

Empfindlichkeit	<input type="checkbox"/> sehr empfindlich	<input type="checkbox"/> empfindlich	<input type="checkbox"/> wenig empfindlich	<input type="checkbox"/> nicht empfindlich			
Möchte im Schmerzzustand	<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Zuwendung	<input type="checkbox"/> alleine sein / in Ruhe gelassen werden	<input type="checkbox"/> Ablenkung			
Verhalten bei Schmerz	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> gereizt	<input type="checkbox"/> wütend	<input type="checkbox"/> nörgelt	<input type="checkbox"/> niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> weinerlich

Sonstiges:

Körperpflege und Kleidung

Sie / er wäscht sich am liebsten	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> am Waschbecken <input type="checkbox"/> im Bett <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> duscht <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> badet <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich
Gab es bei der Körperpflege Vorlieben?	<input type="checkbox"/> kaltes Wasser <input type="checkbox"/> warmes Wasser <input type="checkbox"/> Seife <input type="checkbox"/> keine Seife	<input type="checkbox"/> Parfüm <input type="checkbox"/> Rasierwasser <input type="checkbox"/> Körperlotion <input type="checkbox"/>
Besondere Ritualien bei der Körperpflege?		
Wie oft und wann hat sie / er die Zähne, bzw. die Zahnprothese geputzt?		Schläft sie / er nachts mit Zahnprothese? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie oft hat sie / er sich rasiert?		Wie werden / wurden die Haare gepflegt?
Lieblingskleidung: Alltag / Sonntag		
Trägt sie / er gerne Schmuck oder stg. Accessoires?		

Essen und Trinken

Was war bisher die Hauptmahlzeit	<input type="checkbox"/> Frühstück <input type="checkbox"/> Mittagessen <input type="checkbox"/> Nachmittagskaffee <input type="checkbox"/> Abendessen			
Zu welchen Uhrzeiten wurden die Mahlzeiten eingenommen?	Frühstück	Mittagessen	Nachmittagskaffee	Abendessen
Besondere Tischkultur	<input type="checkbox"/> isst schnell <input type="checkbox"/> lässt sich viel Zeit	<input type="checkbox"/> Serviette	<input type="checkbox"/> betet vor dem Essen	<input type="checkbox"/> trinkt vor dem Essen
Lieblingsspeisen:	Lieblingsgetränke:			
Das mag sie / er gar nicht				
Körpergewicht früher	<input type="checkbox"/> Normalgewicht <input type="checkbox"/> eher untergewichtig <input type="checkbox"/> eher übergewichtig <input type="checkbox"/> Essstörung			

Ruhen / Schlafen

Aufwach- / Aufstehzeit morgens:	Schlafenszeit abends:	Ruhezeiten / Schlafzeiten am Tag:
Gibt es "Zu-Bett-Geh-Rituale" (Musik, Fernsehen, Bettdecke unter die Füße schlagen etc.)		
<input type="checkbox"/> Licht anlassen	<input type="checkbox"/> Fenster offen	<input type="checkbox"/>
Sonstige Besonderheiten nachts? (steht mehrfach auf, trinkt nachts, isst nachts, muss auf Toilette, ...)		
Was benötigt sie/ er um sich zu entspannen, bzw. zur Ruhe zu kommen?		

Beschäftigung: Womit hat sie / er sich früher gerne beschäftigt? (bei Bedarf näher erläutern)

<input type="checkbox"/> Einkaufen	<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Backen	<input type="checkbox"/> Aufräumen	<input type="checkbox"/> Putzen	<input type="checkbox"/> Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> Handarbeiten	
<input type="checkbox"/> Spazieren gehen	<input type="checkbox"/> Musik hören	<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> Fernsehen	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> ins Cafe gehen	<input type="checkbox"/> Essen gehen	<input type="checkbox"/> Reisen
<input type="checkbox"/> Sport	Weitere Hobbys/ Interessen:						

Haustiere, wenn ja welches? Name:

Vereine, wenn ja welche Außerfamiliäre Kontakte zu Freunden, Nachbarn, Gemeinde etc. :

Gesellschaftsspiele, wenn ja welche?

Bestand eine Sammelleidenschaft, wenn ja welche?

Religion: keine röm.-kath. evangelisch Sonstige, welche aktiver Kirchgänger gelebter Glaube

Wie gestalteten sich der Alltag und der Sonntag bisher?

Orientierungspunkte:

<input type="checkbox"/> Bilder Fotoalben:	<input type="checkbox"/> Gebete:
<input type="checkbox"/> Lieblings-Fernsehsendungen:	<input type="checkbox"/> Lieblingsfilme:
<input type="checkbox"/> Lieblingsmusik	<input type="checkbox"/> Lieblingslieder:
<input type="checkbox"/> Bücher / Zeitschriften:	<input type="checkbox"/> Gedichte:

Welche Themen waren / sind interessant? Worüber wird gern erzählt (Politik, Familie, Prominentengeschichten)?

Worüber wird ungern gesprochen (z.B. besondere Ereignisse, Ängste,...)?

Reagiert sie / er auf Schlüsselworte / Reize / Gerüche / Geräusche / Themen (z.B. Krieg, Flucht, zu Hause, ...)?

Gibt es besondere Ruf- und Kosenamen, die verwendet wurden und / oder werden?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welchen	Mag sie / er den Kosenamen gerne <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Vorname der Mutter:		Beruf:	verstorben im Jahr
Name, Vorname des Vaters:		Beruf:	verstorben im Jahr
Besondere Erinnerungen an die Eltern und andere Verwandten (z.B. strenge Erziehung, enge Verbindung zu Vater/Mutter, ...)			
Aufgewachsen:	in Wohnort	<input type="checkbox"/> in einem Dorf <input type="checkbox"/> in einer Kleinstadt <input type="checkbox"/> in einer Großstadt	<input type="checkbox"/> Migrationshintergrund, stammt aus
Geschwister (falls verstorben bitte mit + kennzeichnen):			
Kindheitserinnerungen (z.B. was gern gespielt wurde, gelesen, angeschaut, was passierte in den Ferien? , ...)			
Erinnerungen an die Jugendzeit ca. 15-25 Jahre (z.B. familiäre Ereignisse, historische Ereignisse, erste Liebe, Alltag, Sonntage,...)			
Schule, beruflicher Werdegang, besondere Kenntnisse, besondere Lebensleistung (worauf ist / war sie / er besonders stolz? ,...)			
Stationen des Lebens (z.B. Wohnorte, Ereignisse, Herausforderungen ...)			

Existenzielle Erfahrungen

Existenzielle Erfahrungen (Liebe, Heirat, Geburten, Erfolge, Reisen, Krieg, Verluste, Tod eines Nahestehenden, Schmerzen, ...)

Tod eines, mehrerer Kinder (Name)

Tod des Ehepartners (Name)

Tod einer nahe stehenden Person (Name)

Scheidung / Trennung

Verlust von Sonstigem (Haus...)

Erinnerungen an positiv empfundene Ereignisse:

Erinnerungen an negativ empfundene Ereignisse:

Wie ging sie / er in der Vergangenheit mit Schicksalsschlägen und Verlusten um?

Haben diese Erfahrungen heute noch Bedeutung?

nein

ja, welche

Gab es schwere Erkrankungen in der Kindheit, Jugend, Im Erwachsenenalter oder Alter?

nein

ja, welche

Lebenseinstellung war immer positiv negativ

Lebenseinstellung ist heute positiv negativ

Zukunft

Gibt es besondere Wünsche oder Bedürfnisse für die Zukunft?

nein

ja, welche

Biografie wurde aktualisiert

Datum durch

Datum durch

Datum durch

Datum durch

Datum durch

Datum durch