

Wahrnehmung

Gibt es Einschränkungen beim Sehen? _____
Gibt es Einschränkungen beim Hören? _____
Lieblingsmusik, -geräusche? _____
Was riecht sie / er gerne (Parfüm, Blumen, Werkstattgeruch)? _____
Ist sie / er Rechts- oder Linkshänder? _____
Welche Rolle spielt / spielte die Bewegung? _____
Neigt sie / er eher zur Distanz oder Nähe? _____
Lässt sie / er Körperberührungen eher gern oder ungern zu? _____

Beschäftigung: Womit hat sich die Bewohnerin / der Bewohner früher gerne beschäftigt?

Haushalt Haus- und Handarbeiten _____ Bewegung Spazieren Radfahren Schwimmen
 Haustiere _____ Hobbys / Vereine _____
Welche Themen waren / sind interessant (Politik, Familie, Prominentengeschichten)? _____
Welche Medien waren / sind von Bedeutung? Fernsehen Radio Kino Bücher
Bestand eine Sammelleidenschaft? Briefmarken Münzen Steine
 Gesellschaftsspiele, wenn ja welche? _____

Lebensgewohnheiten in Bezug auf die Körperpflege

Wie wurde die Körperpflege durchgeführt (waschen, baden, etc., Häufigkeit und Tageszeit)? _____

 Gab es besondere Vorlieben Kaltes Wasser Warmes Wasser Seife Keine Seife
Wurde regelmäßig eine Hautlotion benutzt ja _____ nein
 Wie oft und wann hat sie / er die Zähne bzw. die Zahnprothese geputzt? _____ Schläft sie / er nachts mit der Zahnprothese ja nein
Wie oft hat sie / er sich rasiert? _____ Wie werden / wurden die Haare gepflegt? _____

Kleidung: Lieblingskleidung, Farben, Schuhe, Handtasche, Schmuck, Armbanduhr, etc.

Essen und Trinken

Lieblingspeisen _____ Abneigungen _____
Lieblingsgetränke _____ Häufigkeit und Zeitpunkt der Mahlzeiten: _____
Tischkultur _____
War sie / er früher eher schlank oder füllig? War in letzter Zeit eine Gewichtsabnahme festzustellen nein,
wann ja: _____

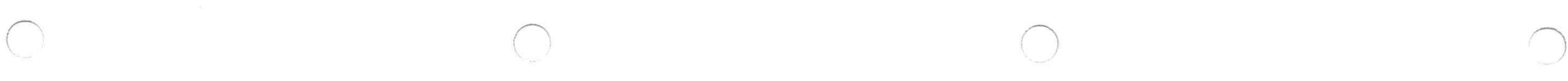
Ruhen und Schlafen

Zu welcher Zeit geht sie / er zu Bett? _____ Uhr Welche Einschlafposition wird bevorzugt? _____
Welche Liegeposition ist nicht gewollt? _____ Gibt es „Zu-Bett-Geh-Rituale“ (Musik beim Einschlafen hören, Bettdecke unter die Füße schlagen,
Licht anlassen, Fenster öffnen, etc.)? _____
Wann wacht sie / er morgens auf: _____ Uhr Wird eine Ruhepause tagsüber eingelegt Mittagsschlaf
Was benötigt sie / er um sich zu entspannen, bzw. zur Ruhe zu kommen? _____

Erkrankungen

Gab es schwere Erkrankungen in der Kindheit, Jugend, im Erwachsenenalter oder Alter? _____
Wie war der Umgang mit eigenen Erkrankungen oder mit Krankheiten anderer? _____

 Bestehen oder bestanden Vorlieben Rauchen
Haben Sie die Bewohnerin / den Bewohner in letzter Zeit verwirrt erlebt? _____



Sehr geehrte/r Bewohner/in _____
Sehr geehrte/r Angehörige/r _____

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

Die hier gesammelten Informationen sind für unsere Mitarbeiter eine große Hilfe im Umgang mit unserem/er neuen Bewohner/in. Desto detaillierter die Angaben zu Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen erarbeitet werden, um so besser können wir in der Zeit des Einlebens auf unsere/n neuen Bewohner/in eingehen.

Auch das Wissen über einschneidende Erlebnisse oder bedeutende Lebensabschnitte in der Vergangenheit kann hilfreich sein, den Menschen und seine Reaktionen besser zu verstehen. Dies wird um so wichtiger, je weniger der/die Bewohner/in selbst in der Lage ist, sich sprachlich mitzuteilen und über sich und seine/ihre Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.

Wir bitten Sie, folgende Fragen nach Ihrem Ermessen zu beantworten.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich freiwillig. Soweit dies möglich ist, wäre es schön, wenn der/die Bewohner/in daran beteiligt würde.

Zur Beantwortung von Fragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiter/innen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

Unterstützung bei der Biografieerstellung:

Unterschrift

Name, Vorname

Verwandtschaftsgrad

Telefonnummer

Datum

Einrichtung:

Kindheit und Jugend

Name der Eltern: _____

Wann sind die Eltern verstorben? _____

Geschwister (Name, Wohnort): _____

Bestand zu Angehörigen eine besondere Beziehung? _____

Heimatort, weitere Wohnorte (evtl. mit Zeitangabe): _____

Beruf und Familie

Berufstätigkeit (evtl. Ausbildung, Art und Dauer der Tätigkeit): _____

Partnerschaft (verheiratet, verstorbene Partner, etc.): _____

Kinder (Name, Geburtstag, Wohnort, falls verstorben, wann?): _____

Gibt oder gab es noch weitere Bezugspersonen (Nachbarn, Freunde, etc.)?: _____

Persönlichkeit

Wichtige persönliche Erlebnisse (z. B. traumatische Kriegserlebnisse, Verlust wichtiger Menschen, besonderer persönlicher Erfolg, etc.): _____

Kontaktfreudigkeit (gestern und heute): _____

Welche Werte waren früher besonders wichtig, worauf hat sie / er besonderen Wert gelegt (Ordnentlichkeit, Pünktlichkeit, etc.)? _____

Religion (Beten, religiöse Feste, Gottesdienste, etc.): _____

Biografie