

Biographie – Fragebogen

Name/Vorname _____

Geburtsname _____

Geburtsort und Land _____

Geburtsdatum _____

Kommunikation

Muttersprache und der eventuell vorhandene Dialekt

- Deutsch Polnisch Russisch Türkisch
 Niederdeutscher Dialekt Mitteldeutscher Dialekt Oberdeutscher Dialekt Sonstige:

Gelernte Sprachen in der Jugend-/Erwachsenzeit

- Englisch Französisch Russisch Polnisch
 Spanisch Sonstige:

Häufig verwendete Sprichwörter, Redewendungen oder Worte:

Lieder und Literatur

- Hört gern Volkslieder Hört gern Schlager Schätzt Gedichte Schätzt Romane

Einschränkungen im Bereiche Kommunizieren bestehen seit (hören/sehen/sprechen)? _____ Jahr

Fortbewegung

Mitgebrachte Hilfsmittel bei Aufnahme

- Gehstock Vierpunktgehstock Rollator Rollator mit Unterarmstützen
 Leichtgewichtrollstuhl Pflegerollstuhl Beinprothese Elektronischer Rollstuhl
 Sonstige:

Fähigkeit mit Hilfsmittel umzugehen:

- Sicher Teilweise sicher Unsicher Vergisst Hilfsmittel
-

Körperpflege

Gewohnte Abläufe oder Rituale bei der Körperpflege

- Erst Toilettengang Gepflegte Frisur Sonstiges:

Gern genutzte Pflegeutensilien

- Deo Parfüm Rasierwasser Bürste
 Kamm Gesichtscreme Schminke Körperlotion
 Haarpflegeprodukte: Sonstiges:

Einschränkungen bei der Durchführung der Körperpflege bestehen seit: _____ Jahr

Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Gewicht im Erwachsenenalter: ____kg Gewicht zu der Heimaufnahme: ____kg

Ursprünglichen Gewichtsverlauf

Übergewicht im Erwachsenenalter Untergewicht im Erwachsenenalter Normalgewicht im Erwachsenenalter

Vorlieben, Neigungen, Lieblingsmahlzeiten

Süßes Salziges Saures Kräftig/Deftig
 Süßes Frühstück Herzhaftes Frühstück Süßes Mittagessen Herzhaftes Mittagessen
 Kaffee/Kuchen Abendessen Sonstiges:

Lieblingsgetränke

Wasser Säfte Saftschorlen Kaffee
 Tee Milch Kakao Sonstige:

Ausscheidung

Ausscheidungsgewohnheiten

Keine bekannt Unregelmäßig Feste Tageszeit (wann?):

Vor Heimaufnahme eingesetzte Hilfsmittel

Keine Toilettenstuhl Toilettensitzerhöhung Urinflasche
 Inkontinenzmaterial (Welches?):

Einnahme von Abführmitteln

Keine Gelegentlich Regelmäßig Nach Bedarf
 Wenn ja welche:

Einschränkungen bei der Ausscheidung bestehen seit: ____ Jahr

Kleidungswechsel

Typisches Kleidung Erwachsenenalter

Nicht bekannt Röcke Hosen Freizeitbekleidung
 Anzug Blusen Pullover Wärmere Bekleidung
 Hemden Schürze T-Shirt Luftigere Bekleidung
 Sonstige:

Ruhen und Schlafen

Schlafgewohnheiten, -rituale vor dem Schlafen

Nicht bekannt Ungefährer Zeitpunkt des Zubettgehens: Geht vor dem Schlafen spazieren Liest vor dem Schlafen
 Sieht Fern vor dem Schlafen Hört Musik zum Einschlafen Mittagsschlaf Mittagsschlaf
 Sonstiges:

Aufstehverhalten im Erwachsenenalter/vor der Heimaufnahme

Nicht bekannt War Langschläfer War Frühaufsteher Uhrzeit:

Sonstige Informationen zum Aufstehverhalten:

Gewohnte Schlafumgebung, -temperatur

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nicht bekannt | <input type="checkbox"/> Warmes Zimmer | <input type="checkbox"/> Kühles Zimmer | <input type="checkbox"/> Dicke Decke |
| <input type="checkbox"/> Dünne Decke | <input type="checkbox"/> Fenster offen | <input type="checkbox"/> Fenster geschlossen | <input type="checkbox"/> Nachtleuchte |
| <input type="checkbox"/> Offene Gardinen | <input type="checkbox"/> Abgedunkelter Raum | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Einnahme von Schlafmittel vor Heimaufnahme

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nicht bekannt | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Regelmäßig | <input type="checkbox"/> Bei Bedarf |
| <input type="checkbox"/> Welche?: | | | |

Beschäftigung

Lieblingsbeschäftigungen, Hobbies, Interessen

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Garten, Natur | <input type="checkbox"/> Haustiere | <input type="checkbox"/> Bilder Fotos |
| <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> Handwerkliche Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> Kunst | <input type="checkbox"/> Kultur |
| <input type="checkbox"/> Musik/Radio(Sender?): | <input type="checkbox"/> Fernsehen (Sender/Serien?): | | |
| <input type="checkbox"/> Reisen (Wohin?): | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

Frühere sportliche Aktivitäten oder Gehwege

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fußball | <input type="checkbox"/> Leichtathletik | <input type="checkbox"/> Tanzen | <input type="checkbox"/> Spaziergänge |
| <input type="checkbox"/> Schwimmen | <input type="checkbox"/> Radfahren | <input type="checkbox"/> Sonstige sportliche Aktivitäten: | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Wege: | | | |

Einschränkungen im Bereich bewegen bestehen seit? _____ Jahr

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Kochen

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hat gern gekocht | <input type="checkbox"/> Hat nicht gern gekocht | <input type="checkbox"/> Hat gern gebacken | <input type="checkbox"/> Hat nicht gern gebacken |
| <input type="checkbox"/> Hat auf gutes Essen wert gelegt | <input type="checkbox"/> | | |

Einschränkungen im Bereich Essen und Trinken bestehen seit: _____ Jahr

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit Kleidung

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nicht bekannt | <input type="checkbox"/> Hat gern gestrickt | <input type="checkbox"/> Hat gern gehäkelt | <input type="checkbox"/> Hat gern Genäht |
| <input type="checkbox"/> Hat gern geschneidert | <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |

Geschlechtsspezifisches Verhalten

Beziehung zum Lebenspartner/Ehemann

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enges Verhältnis | <input type="checkbox"/> Liebevoll Verhältnis | <input type="checkbox"/> Zufriedenes Verhältnis | <input type="checkbox"/> Harmonisches Verhältnis |
| <input type="checkbox"/> Distanziertes Verhältnis | <input type="checkbox"/> Kompliziertes Verhältnis | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> |

Bedeutung von Partnerschaft, Ehe im Leben

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nicht bekannt | <input type="checkbox"/> Hatte eine untergeordnete Rolle | <input type="checkbox"/> Hatte eine große Bedeutung | <input type="checkbox"/> Beruf stand an erster Stelle |
| <input type="checkbox"/> Treue wurde im Leben groß geschrieben | <input type="checkbox"/> Überwiegend allein durchs Leben gegangen | <input type="checkbox"/> Sonstige Bedeutung: _____ | |

Sicherheit

Unfälle oder Stürze vor Heimaufnahme

- | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nicht bekannt | <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Einmalig | <input type="checkbox"/> Mehrmalig |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

Orte oder Situationen, die verunsichernd wirken

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Neue Orte | <input type="checkbox"/> Neue Situationen | <input type="checkbox"/> Schlecht ausgeleuchtete Orte |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

Hilfsmittel zur Förderung einer sicheren Umgebung

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nachtbeleuchtung | <input type="checkbox"/> Hüftprotektoren | <input type="checkbox"/> Rutschfestes Schuhwerk |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Hilfsmittel: | | |

Soziale Kontakte

Kontakt zu Geschwister

Bruder 1 2 3 ____

Schwester 1 2 3 ____

Anzahl der Kinder

1. Kind (Name): _____

2. Kind (Name): _____

3. Kind (Name): _____

4. Kind (Name): _____

5. Kind (Name): _____

6. Kind (Name): _____

Qualität der Beziehung der Kinder, Enkel, Geschwistern

Enge Beziehung

Guter Kontakt

Distanziert

Zerstritten

Nur Telefonkontakt

Kein Kontakt

In der Familie gepflegte Gewohnheiten

Familienfeiern

Gemeinsame Reisen

Existenzielle Erfahrungen

Kennzeichnende Eigenschaften im Erwachsenenalter

Pflichtbewusst

Selbstlos

Ängstlich

Kreativ

Gesellig

Launisch

Impulsiv

Eigensinnig

Nach innen gekehrt

Nach außen gekehrt

War für die Familie da

Hat viel im Leben gearbeitet

Persönliches Erleben des zurückliegenden Lebens

Unbeschwert

Glücklich

Zufrieden

Bedrückt, weil: _____

Verlustreich, weil: _____

Personen/Situationen, die im Leben Zufriedenheit, Geborgenheit und Liebe vermittelt haben

Eltern

Ehepartner

Bruder

Schwester

Kinder

Enkelkinder

Freund/-in

Personen, die besonders geliebt wurden

Eltern

Ehepartner

Bruder

Schwester

Kinder

Enkelkinder

Freund/-in

Verluste oder Krisen, die erlebt wurden

Eltern verstorben

Ehepartner verstorben

Kind/-er verstorben

Umgang mit/Verarbeitung von Verlusten

Gut Verarbeitet

Schwer Verarbeitet

Unterdrückt

Wirtschaftliche Verhältnisse im Erwachsenenalter

Gut

Zufriedenstellen

Schlecht

Erlebte Gesundheit, Krankheit

Immer gesund

Wenig krank

Schwere Krankheit

Der Persönlicher Umgang mit Krankheiten

Positive Einstellung

Negative Einstellung

Gleichgültigkeit

Die Bedeutung von Religion im Leben

Keine Bedeutung

Wenig Bedeutung

Große Bedeutung

Evangelisch

Katholisch

Ökumenisch