

Biographie von _____ geb. am: _____

Kindheit und Jugend

Geburtsort: _____ Hatten sie einen speziellen Rufnamen? _____

Name der Eltern: _____ Wann sind die Eltern verstorben? _____

Geschwister (Anzahl, Name) _____

Bestand zu den Angehörigen eine besondere Beziehung? _____

Letzter Wohnort, evtl. weitere Wohnorte: _____

Schulbildung: _____ Berufliche Ausbildung: _____

Ausgeübte Tätigkeit: _____

Familie

Familienstand: verheiratet Name Partner: _____ Wie lange sind / waren sie verheiratet? _____

verwitwet Wann ist ihr Partner verstorben: _____

geschieden

ledig

Kinder (Anzahl, Name, falls Verstorben, wann?): _____

Weitere Bezugspersonen (Freunde, Bekannte, Nachbarn): _____

Besondere Lebensereignisse

Positive Ereignisse (Erfolge, Geburten...): _____

Negative Ereignisse (Krieg, Verluste, Unfälle...) : _____

Gestaltung des Tagesablaufes

Haushalt: _____ Haus- und Handarbeiten: _____ Haustiere: _____

Hobbys / Interessen (Spazieren, Gymnastik, Radfahren, Ballsportarten...): _____

Waren sie in einem Verein? _____

Welche Medien waren/ sind für sie wichtig: Fernsehen Radio Zeitung Bücher _____

Lieblingsserien: _____ Lieblingsmusik: _____

Kontaktfreudigkeit: _____

Bräuche/ Gewohnheiten/ Vorlieben: _____

Rauchen sie? ja nein

Gewohnheiten im Bezug auf die Körperpflege

Wie wurde die Körperpflege durchgeführt? (waschen, duschen, Häufigkeit und Tageszeit) _____

Wasser: kalt warm mit Seife ohne Seife Wurde eine Hautlotion benutzt? _____

Haben sie Parfüm benutzt? _____ Wie oft haben sie sich rasiert? _____

Gewohnheiten bei der Mundpflege (wie oft, wann) ? _____ Schlafen sie nachts mit Zahnprothese? ja nein

Wie pflegen sie ihre Haare? _____ Welche Frisur möchten sie tragen? _____

Kleidungswünsche

Vorlieben, Farbe, Schuhe, Schmuck, Uhr, Sonntagskleidung:

Essen & Trinken

Lieblingsspeisen: _____ Abneigungen: _____

Lieblingsgetränke: _____ Häufigkeit und Zeitpunkt der Mahlzeiten: _____

Portionsgröße der Mahlzeiten: groß normal klein Wie viel haben sie am Tag getrunken (in ml)? _____

Wie war ihre Körperstatur? schlank füllig Haben sie in letzter Zeit an Gewicht verloren? ja nein

Ruhen & Schlafen

Wann gehen sie zu Bett? _____ Welche Lage wird zum einschlafen bevorzugt? _____

Gibt es Schlafgewohnheiten (Licht anlassen, Rollos ganz oder teilweise geschlossen, Musik, Fernsehen, Fenster offen....)? _____

Wann stehen sie morgens auf? _____ Halten sie Mittagsruhe? ja von _____ bis _____ Uhr nein

Erkrankungen

Gab es schwere Erkrankungen in ihrem bisherigen Leben? _____

Wie war der Umgang mit diesen Erkrankungen? _____

Sind Allergien bekannt? _____ Hatten sie operative Eingriffe? _____

Gibt es Einschränkungen beim Sehen? _____

Gibt es Einschränkungen beim Hören? _____

Sind sie: Rechtshänder oder Linkshänder Haben sie Bewegungseinschränkungen? _____

Neigen sie eher zur: Nähe oder Distanz Lassen sie Berührungen zu? ja nein

Religion

Welcher Religion gehören sie an? _____ Haben sie den Gottesdienst besucht? ja nein

Legen sie Wert auf Gebete? ja nein Möchten sie die Krankensalbung hier erhalten? ja nein

Wie möchten sie in der Sterbephase begleitet werden (Angehörige, Pastor, Personal)? _____

Haben sie bestimmte Bestattungswünsche? _____

Welche Erwartungen haben sie an unsere Einrichtung?

Erstellt am: _____ Unterstützt wurde der/ die Bewohner/in durch: _____

1. Ergänzung am: _____ durch _____ 2. Ergänzung am: _____ durch _____ 3. Ergänzung am: _____ durch _____