

**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 \_\_\_\_\_