

Liebe Bewohner und Angehörige,

um Ihre Persönlichkeit besser kennenzulernen sind die Inhalte des Biographiebogens für uns besonders wichtig. Zum Verstehen verschiedener Verhaltensweisen und Gewohnheiten brauchen wir sehr detaillierte Angaben. Durch diese Persönlichen Informationen bringen Sie uns als Pflegepersonal Sicherheit im Umgang mit Ihnen und schaffen die Möglichkeit, dass Ihnen Ihre Gewohnheiten und Rituale auch erhalten bleiben.

Jeder Mensch ist auf seine Weise verunsichert und verletzlich, vor allem in einer neuen Umgebung. Daher ist es von großem Vorteil ihre Vorlieben, Abneigungen, Geschichten, Erlebnisse und ihr Umfeld zu kennen.

Selbstverständlich sind alle Angaben freiwillig und werden vertraulich behandelt. Jeder Mitarbeiter unterliegt mit der Unterzeichnung des Arbeitsvertrages der Schweigepflicht.

Wir danken für ihre Mitarbeit.

Name des Bewohners:			
Geburtstag:		Geburtsort:	
aufgewachsen in:			
Namen der Eltern:			
Wieviele Geschwister:		Als wieviertes Kind geboren:	
Namen der Geschwister:	..... .....	
Schulischer Werdegang:	<input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Dorfschule <input type="checkbox"/> Internat <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Anschließende Berufswahl:	<input type="checkbox"/> Studium mit anschließendem Beruf: <input type="checkbox"/> Bauer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> Handwerkliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> Textilverarbeitung <input type="checkbox"/> Fabrikarbeiter <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Anschließender Wohnort:			

Kommunizieren

1. Welche Sprache wurde im Elternhause gesprochen?	<input type="checkbox"/> Dialekt, welches <input type="checkbox"/> andere Sprache welche <input type="checkbox"/> hochdeutsch
2. Welche Sprache wurde mit den eigenen Kindern gesprochen?	<input type="checkbox"/> Dialekt, welches <input type="checkbox"/> andere Sprache, welche <input type="checkbox"/> hochdeutsch
3. Wie wurde im Elternhause kommuniziert?	<input type="checkbox"/> laut <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> barsch <input type="checkbox"/> leise <input type="checkbox"/> taktlos <input type="checkbox"/> aufgeregt <input type="checkbox"/> liebevoll <input type="checkbox"/> vertraut <input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> mit Mimik und Gestik <input type="checkbox"/>
4. Wie wurde mit den eigenen Kindern kommuniziert?	<input type="checkbox"/> laut <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> barsch <input type="checkbox"/> leise <input type="checkbox"/> taktlos <input type="checkbox"/> aufgeregt <input type="checkbox"/> liebevoll <input type="checkbox"/> vertraut <input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> mit Mimik und Gestik <input type="checkbox"/>
5. Wurden Sprichwörter/ Redensarten benutzt, wenn ja, welche?	..... ..... .....
6. Wurden Spitznamen/ Kosenamen verwendet? Welche/ Für wen?	..... für für für

7. Gab es Geschichten, die gerne erzählt wurden? Welche?	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
8. Wie wurde in der Lebensgemeinschaft miteinander gesprochen?	<input type="checkbox"/> laut <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> barsch <input type="checkbox"/> leise <input type="checkbox"/> taktlos <input type="checkbox"/> aufgeregt <input type="checkbox"/> liebevoll <input type="checkbox"/> vertraut <input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> mit Mimik und Gestik <input type="checkbox"/>
sich bewegen können	
1. Wurde sich viel im Freien bewegt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche Tätigkeiten:.....
2. Gab es Sportarten, die in der Familie im Vordergrund standen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche
3. Gibt es ein Lockmittel, welches den Bewohner zur Mobilisation animieren könnte?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welches
4. Wie wurde sich generell fit gehalten?	..... .....
sich pflegen und kleiden können	
1. Gibt es bei der Körperpflege Rituale (besondere Uhrzeit, Bade- Duschritual, etc.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche
2. Gibt es besondere Pflegemittel, die dem Bewohner wichtig sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> besondere Seife <input type="checkbox"/> besondere Creme <input type="checkbox"/> Parfums <input type="checkbox"/> Rasierschaum-/ wasser <input type="checkbox"/> Trockenrasur <input type="checkbox"/> Naßrasur <input type="checkbox"/> Schminkutensilien, welche:
3. Wie war das Waschwasser?	<input type="checkbox"/> kalt <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> lauwarm <input type="checkbox"/> heiß
4. Welche Kleidung wurde früher gerne getragen?	<input type="checkbox"/> Hosen <input type="checkbox"/> Röcke <input type="checkbox"/> Kleider <input type="checkbox"/> Hemden <input type="checkbox"/> Pullover <input type="checkbox"/> Blusen <input type="checkbox"/> Strumpfhose <input type="checkbox"/> Schürze <input type="checkbox"/> Socken <input type="checkbox"/> Krawatte <input type="checkbox"/> Fliege <input type="checkbox"/> Anzug <input type="checkbox"/> Weste <input type="checkbox"/> Schlafanzug <input type="checkbox"/> Bettsocken <input type="checkbox"/> Seidennachthemd <input type="checkbox"/> Baumwollnachthemd <input type="checkbox"/> Bettjäckchen <input type="checkbox"/> sportliche Schuhe <input type="checkbox"/> feine Schuhe <input type="checkbox"/> Trainingsanzug <input type="checkbox"/> lange Unterwäsche <input type="checkbox"/>
5. Welche Kleidung wird heute gerne getragen?	<input type="checkbox"/> Hosen <input type="checkbox"/> Röcke <input type="checkbox"/> Kleider <input type="checkbox"/> Hemden <input type="checkbox"/> Pullover <input type="checkbox"/> Blusen <input type="checkbox"/> Strumpfhose <input type="checkbox"/> Schürze <input type="checkbox"/> Socken <input type="checkbox"/> Krawatte <input type="checkbox"/> Fliege <input type="checkbox"/> Anzug <input type="checkbox"/> Weste <input type="checkbox"/> Schlafanzug <input type="checkbox"/> Bettsocken <input type="checkbox"/> Seidennachthemd <input type="checkbox"/> Baumwollnachthemd <input type="checkbox"/> Bettjäckchen <input type="checkbox"/> sportliche Schuhe <input type="checkbox"/> feine Schuhe <input type="checkbox"/> Trainingsanzug <input type="checkbox"/> lange Unterwäsche

6. Welche Farben wurden/werden gerne getragen?	<input type="checkbox"/> weiß <input type="checkbox"/> schwarz <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> rot <input type="checkbox"/> blau <input type="checkbox"/> orange <input type="checkbox"/> flieder <input type="checkbox"/> rosa <input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> braun <input type="checkbox"/> bunt <input type="checkbox"/> uni <input type="checkbox"/> knallige Farben <input type="checkbox"/> dezente Farben <input type="checkbox"/>
7. Welche Muster wurden gerne getragen?	<input type="checkbox"/> Streifen <input type="checkbox"/> kariert <input type="checkbox"/> Blumen <input type="checkbox"/> gepunktet <input type="checkbox"/> verschnörkelt <input type="checkbox"/> Motive, welche
8. Wurde/Wird gerne Schmuck getragen?	<input type="checkbox"/> Ring <input type="checkbox"/> Armbanduhr <input type="checkbox"/> Halskette <input type="checkbox"/> Collier <input type="checkbox"/> Taschenuhr <input type="checkbox"/> Ohrringe <input type="checkbox"/> Krawattennadel <input type="checkbox"/>
9. Werden irgendwelche Accessoires benutzt, ohne die nie das Haus verlassen wurde?	<input type="checkbox"/> Handtasche <input type="checkbox"/> Geldbörse <input type="checkbox"/> Kamm <input type="checkbox"/> Handy <input type="checkbox"/> Taschentücher <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Feuerzeug <input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> Haustier <input type="checkbox"/> Armbanduhr <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> Jacke <input type="checkbox"/> Parfum <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Prothese <input type="checkbox"/> Block und Stift <input type="checkbox"/> Lippenstift <input type="checkbox"/> Traubenzucker Sonstiges:
Ausscheiden können	
1. Werden Vorlagen getragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche:
2. Gab/ Gibt es Toilettenrituale?	<input type="checkbox"/> Zeitung lesen beim Abführen <input type="checkbox"/> wenig Toilettenpapier benutzen (Kostenfaktor) <input type="checkbox"/> Rauchen beim Abführen <input type="checkbox"/> Rauchen vor/ nach dem Abführen <input type="checkbox"/> Wasser laufen lassen damit Urin besser läuft <input type="checkbox"/>
Essen und Trinken können	
1. Wurde immer in der Gemeinschaft gegessen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja mit wem wann:
2. Wurde ein Tischgebet gesprochen vor dem Essen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welches
3. Gab es an bestimmten Tagen etwas Besonderes (Kuchen, Fleisch, etc.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Sonntag <input type="checkbox"/> Feiertag <input type="checkbox"/> Weihnachten <input type="checkbox"/> an Geburtstagen <input type="checkbox"/> zu Ostern <input type="checkbox"/> was
4. Welche Lieblingspeise gibt es?	.....
5. Welche Lieblingsgetränke gibt es?	.....
6. War schon immer Unter- oder Übergewicht vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Übergewicht jetziges Gewicht: kg Größe: cm
7. Gab/ Gibt es Rituale, die beim Essen wichtig waren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht anfangen, bevor alle am Tisch sitzen <input type="checkbox"/> beten <input type="checkbox"/> Hände waschen vor dem Essen <input type="checkbox"/> nicht sprechen beim Essen <input type="checkbox"/> Teller muß leer gegessen werden

	<input type="checkbox"/> nicht trinken während dem Essen <input type="checkbox"/> erst wenn der Vater das Essen hat dürfen die Kinder sich nehmen <input type="checkbox"/> Abwasch machen die Kinder <input type="checkbox"/> ab 17.00 Uhr nichts mehr essen <input type="checkbox"/> Tisch erst verlassen wenn alle fertig sind <input type="checkbox"/>
8. Wurde täglich warm gegessen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wann:
9. Wurde häufig Alkohol konsumiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welcher
10. Wurde sich Zeit gelassen beim Essen?	<input type="checkbox"/> ja, oftmals sehr lange und ausgiebig <input type="checkbox"/> nein, es wurde immer hastig gegessen und schnell wieder aufgestanden <input type="checkbox"/> sowohl als auch
11. Gab es Eigenproduktionen? (Anbau von Obst, Gemüse, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Obst <input type="checkbox"/> Gemüse <input type="checkbox"/> Getreide <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Wein <input type="checkbox"/> Milch/ Fleisch durch Viehhaltung <input type="checkbox"/> Schnaps <input type="checkbox"/> Käse <input type="checkbox"/>
12. Was wurde gerne gekocht/ gebacken?	..... .....
ruhen und entspannen	
1. Wann wurde aufgestanden und ins Bett gegangen?	aufstehen: zu Bett gehen:
2. Gab es Rituale beim Aufstehen oder zu Bett gehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja beim Aufstehen: <input type="checkbox"/> beten <input type="checkbox"/> direkt Zähne putzen <input type="checkbox"/> Toilettengang <input type="checkbox"/> erstmal einen Kaffee trinken <input type="checkbox"/> sofort frühstücken <input type="checkbox"/> Zigarette rauchen <input type="checkbox"/> Medikamente einnehmen <input type="checkbox"/> beim zu Bett gehen: <input type="checkbox"/> beten <input type="checkbox"/> Toilettengang <input type="checkbox"/> heiße Milch mit Honig trinken <input type="checkbox"/> lesen <input type="checkbox"/> Schlafmedikament nehmen <input type="checkbox"/> überprüfen, ob die Türen alle abgeschlossen sind <input type="checkbox"/>
3. Gibt es Besonderheiten, die beachtet werden müssen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> kleines Licht anlassen <input type="checkbox"/> Rollo/ Vorhang zu machen <input type="checkbox"/> Haarnetz anziehen <input type="checkbox"/> Kuscheltier mitgeben <input type="checkbox"/> zwei Bettdecken <input type="checkbox"/> Nackenhörnchen <input type="checkbox"/> Getränk am Bett <input type="checkbox"/> Hausschuhe vor dem Bett <input type="checkbox"/> Wecker sichtbar hinstellen <input type="checkbox"/>
sich beschäftigen	
1. Wie wurde die Freizeit gestaltet?	<input type="checkbox"/> Spaziergänge <input type="checkbox"/> Gartenarbeit <input type="checkbox"/> Fernsehen, welche Programme, Sendungen <input type="checkbox"/> Sport, welcher <input type="checkbox"/> lesen, welche Bücher <input type="checkbox"/> Handarbeit <input type="checkbox"/> singen/ musizieren <input type="checkbox"/> andere Hobbies, z.B. backen, kochen, reisen, Bekannte/ Freunde. etc. <input type="checkbox"/>
2. Gibt es Musik/ Lieder, die gerne gehört oder gesungen wurden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche

3. Womit wurde sich gerne beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Handarbeit <input type="checkbox"/> Spaziergänge <input type="checkbox"/> Kochen/ Backen <input type="checkbox"/> mit der Familie <input type="checkbox"/> Reisen <input type="checkbox"/> lesen <input type="checkbox"/> Musizieren <input type="checkbox"/> singen <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Spielen <input type="checkbox"/> Kreuzworträtsel <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> mit Tieren <input type="checkbox"/> basteln <input type="checkbox"/>
4. Wo und wie wurden die Urlaube verbracht?	<input type="checkbox"/> Inland <input type="checkbox"/> Ausland Wo: Wie:
5. Wurde mit einem Instrument musiziert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Klavier/ Orgel <input type="checkbox"/> Geige <input type="checkbox"/> Mundharmonika <input type="checkbox"/> Akkordeon <input type="checkbox"/> Blasinstrument <input type="checkbox"/> Sonstige:
6. Welche Handarbeiten wurden gerne gemacht?	<input type="checkbox"/> sticken <input type="checkbox"/> stricken <input type="checkbox"/> häkeln <input type="checkbox"/> knüpfen <input type="checkbox"/> weben <input type="checkbox"/> nähen <input type="checkbox"/>
7. Wo wurde gerne Spazieren gegangen?	..... .....
8. Welche Spiele wurden gerne gespielt?	.....
9. Wurde oft in die Kirche gegangen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wie oft:
10. Wurde in der Gemeinde aktiv teilgenommen, z.B. Kirche, Vereine, Sitzungen, etc.?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja woran:.....
eigene Sexualität leben	
1. Wie wurde mit Sexualität umgegangen?	<input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> eher distanziert <input type="checkbox"/> wurde nie thematisiert
für Sicherheit sorgen	
1. Gab es Lebensrisiken, die relevant sind?	<input type="checkbox"/> Alkoholabhängigkeit <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken <input type="checkbox"/> psychische Veränderungen <input type="checkbox"/> Behinderungen <input type="checkbox"/> Erkrankungen <input type="checkbox"/>
soziale Beziehungen	
1. Gab/ Gibt es Haustiere?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Namen der Haustiere:
2. Wurde viel mit der Familie unternommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja was mit wem
3. War/ Ist ein Lebenspartner vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/>
4. Sind Kinder vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wie viele: Namen
5. Sind Enkel vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wie viele: Namen
6. Besteht ein gutes Verhältnis zwischen den Angehörigen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein zu wem und wieso.....

existentielle Erfahrungen

<p>1. Welche existenziell gefährdenden Erfahrungen gab es?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tod einer geliebten Person, welcher</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung einer geliebten Person, welcher:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> eigene Erkrankung (Schmerzen), welche:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Existenzängste, welcher Art</p> <p><input type="checkbox"/> Geldsorgen</p> <p><input type="checkbox"/> Angst vor dem Tod</p> <p><input type="checkbox"/> Verarbeitung von Kriegserlebnissen</p> <p><input type="checkbox"/> Angst abhängig zu sein</p> <p><input type="checkbox"/> Sorge um Familie/ Kinder</p> <p><input type="checkbox"/> Sorge um das Eigenheim</p> <p><input type="checkbox"/> Sorge um das Haustier</p> <p><input type="checkbox"/></p>		
<p>2. Welche existenziell fördernden Erfahrungen gab es?</p>	<p><input type="checkbox"/> Geburt der Kinder</p> <p><input type="checkbox"/> Unabhängigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> soziale Sicherheit</p> <p><input type="checkbox"/> Eigenheim besitzen</p> <p><input type="checkbox"/> Geburt der Enkel</p> <p><input type="checkbox"/> Überstehen schwieriger Situationen</p> <p><input type="checkbox"/></p>		
<p>3. Gab es irgendwelche Hänseleien, die geprägt haben?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche</p>		
<p>4. Wodurch wurden besondere Emotionen hervorgerufen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Fotos von</p> <p><input type="checkbox"/> Musik von</p> <p><input type="checkbox"/> Bilder</p> <p><input type="checkbox"/> Düfte</p> <p><input type="checkbox"/></p>		
<p>5. Gibt es einen „ganzen“ Stolz? (Kinder, Beruflich, Reise, etc.)</p>	<p>welchen:</p>		
<p>Besonders wichtig zu wissen:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
<p>Biografie erstellt durch:</p>		<p>In welcher Beziehung stehen Sie zum Betroffenen: (nur ausfüllen, wenn der Betroffene die Biografie nicht selbst erstellt hat)</p>	