

Biographie , Fragen zur Lebensgeschichte

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,
wir möchten nicht neugierig erscheinen, doch je mehr wir als Begleiter in ihrer neuen Wohn- und Betreuungsform oder als Pflegende über Sie wissen, welche Gewohnheiten und Vorlieben Sie haben, desto besser kann es uns gelingen, Ihre Bedürfnisse und Wünsche zu erfüllen. Es liegt uns sehr am Herzen Sie auch dann gut zu betreuen wenn es Ihnen einmal nicht so gut geht oder Sie dies vielleicht selbst nicht äußern können.

Wir bitten Sie daher, lassen Sie uns teilhaben an Ihrer Lebensgeschichte, füllen Sie den Fragebogen aus und geben ihn beim zuständigen Personal wieder ab.

Herzlichen Dank für Ihre Offenheit und Ihr Vertrauen.

Ihr Pflgeteam des Seniorenzentrum Laupheim

1. Persönliche und familiäre Daten

Name: Vorname:

Rufname:

Geburtstag und – ort:

Wichtige Bezugspersonen:

Geschwister: ja nein wie viele?

Stellung in der Geschwisterreihe:

Haben Sie Kontakt zu Ihren Geschwistern oder anderen Familienangehörigen?

.....
.....

Tätigkeit des Vaters:

Tätigkeit der Mutter:

Wo wurde die Kindheit verbracht, auf dem Land oder in der Stadt?.....

.....

Muttersprache / Dialekt :.....

Verhältnis zu den Eltern:

herzlich angespannt schwierig distanziert

harmonisch innig

2. Schule, Ausbildung und Beruf

Schulbildung?

Welche Ausbildung haben Sie absolviert?

.....

Berufstätigkeiten?

.....

Familie

Heirat (Wiederheirat) wann?

Beruf des Partners?

Partner verstorben? /wann ?

Was möchten Sie sonst noch über den/die Partner/in mitteilen?

.....

Kinder?.....

Verhältnis zu den Kindern

herzlich angespannt schwierig distanziert

harmonisch innig

Enkelkinder?.....

Verhältnis zu den Enkelkindern

herzlich angespannt schwierig distanziert

harmonisch innig

Was möchten Sie sonst noch über ihre Familie mitteilen?

.....

.....

3. Religion

Welche Rolle spielt die Religion für Sie?

Sehr gläubig aktiv in der Kirche gläubig, aber mehr für sich

nicht interessiert ablehnend

Welche Gewohnheiten/Vorlieben in Bezug auf Ihre Religion sind Ihnen wichtig?

.....

.....

4. Besondere Interessen und Vorlieben

(Sport, Hobbies, Gartenarbeit, Kochen, Lesen, Musik, Theater, Politik, Vereine, Ehrenämter, Tiere, Urlaube, Prominente...)

.....

.....

.....

5. Fähigkeiten und Kenntnisse (Fremdsprachen, handwerkliche, musische, soziale und sonstige Fähigkeiten)

.....

.....

.....

6. Welche Aktivitäten haben Sie gerne unternommen /würden Sie gerne unternehmen

(z.B. Kaffeehausbesuch, Frauengruppen, Stammtisch)

.....
.....

7. Haben/ Hatten Sie Haustiere?

8. Benutzen Sie spezielle Hausmittel? (Tees, Salben, Kräuter usw.).....

.....

9. Persönlichkeitsmerkmale

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sportlich | <input type="checkbox"/> zurückhaltend | <input type="checkbox"/> schüchtern | <input type="checkbox"/> verschlossen |
| <input type="checkbox"/> selbstbewusst | <input type="checkbox"/> fröhlich | <input type="checkbox"/> humorvoll | <input type="checkbox"/> Unruhig |
| <input type="checkbox"/> ungeduldig | <input type="checkbox"/> geduldig | <input type="checkbox"/> spontan | <input type="checkbox"/> zögerlich |
| <input type="checkbox"/> gesellig | <input type="checkbox"/> gesundheitsbewusst | <input type="checkbox"/> nachdenklich | <input type="checkbox"/> melancholisch |
| <input type="checkbox"/> körperbewusst | <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> mutig | <input type="checkbox"/> ordnungsliebend |
| <input type="checkbox"/> modebewusst | <input type="checkbox"/> Führungsnatur | <input type="checkbox"/> bestimmend | <input type="checkbox"/> offen |
| <input type="checkbox"/> gern beschäftigt | <input type="checkbox"/> mitteilksam | <input type="checkbox"/> gesprächig | |
| <input type="checkbox"/> gefühlvoll | <input type="checkbox"/> Alleingänger (gerne alleine) | | |

10. Essgewohnheiten

Lieblingsessen?.....

Lieblingsgetränke?.....

Abneigung gegen Speisen und Getränke?

Wie viele Mahlzeiten essen Sie am Tag und wann?

.....

Welche Mahlzeit ist die wichtigste für Sie?

Essgewohnheiten (z.B. vor dem Fernseher, in der Küche/Wohnzimmer/Esszimmer, wird während der Mahlzeiten Musik gehört?)

.....

Gibt es Rituale und Regeln bei den Mahlzeiten?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tischgebet | <input type="checkbox"/> Tischsitten | <input type="checkbox"/> Tischdekoration |
| <input type="checkbox"/> Musik | <input type="checkbox"/> Atmosphäre | <input type="checkbox"/> Geschirr/ Besteck |
| <input type="checkbox"/> Sprechen bei Tisch | <input type="checkbox"/> Verhaltensregeln | |

wenn ja, welche?.....

.....

Sind Naschereien üblich? Ja Nein

Wenn ja, was?.....

Haben Sie selbst gerne gekocht? Ja Nein

Wann sind die üblichen Essenszeiten für:

Frühstück: Mittagessen:

Abendessen: Kaffee:

Spätmahlzeit..... Sonstige:

Welche Mahlzeiten waren kalt, welche warm?

Warm.....

Kalt

Gab es nach warmen Hauptmahlzeiten einen Kaffee, alkoholische Getränke, etc.?

Ja Nein

wenn ja, was?

.....

Gibt es zu besonderen Anlässen bestimmte Mahlzeiten, z.B.

Geburtstag.....

Freitag:

Sonntag

Feiertage:

Ist es üblich vor der Morgentoilette zu frühstücken? Ja Nein

Welche regionalen und internationalen Gerichte bevorzugen Sie?

- schwäbisch italienisch
- gut bürgerlich Sonstige:

11. Körperpflege

Wie wird die Körperpflege durchgeführt? (waschen, baden, duschen, etc. Häufigkeit und Tageszeit)

.....
.....
.....

Gibt es besondere Vorlieben?

- kaltes Wasser warmes Wasser Seife keine Seife Hautlotion
- Gesichtscreme Rasierwasser Parfum _____

Zahnprothese/ Vollprothese ?

Rasur, wie oft?

Haarpflege/ Friseur? (wie oft, Vorlieben, Wünsche, Abneigungen)

.....

12. Kleidung (Lieblingskleidung, Sonntagskleidung, Schuhe, Farben, Schmuck, Handtasche, Armbanduhr, Make up)

.....
.....

13. Was riechen Sie gerne?

14. Was riechen Sie NICHT gerne?

15. Schlafgewohnheiten?

zu welcher Zeit gehen Sie zu Bett?

Welche Einschlafposition wird bevorzugt?

Welche Liegeposition ist NICHT gewollt?

Müssen Sie nachts auf die Toilette?.....

Wann stehen Sie morgens auf?

Halten Sie Mittagsschlaf? Ja Nein

Gibt es „Zu-Bett-Geh-Rituale“ (Musik, Nachtgebet, Bettdecke unter die Füße schlagen, Bettschuhe, Licht anlassen, Fenster öffnen, Wärmflasche, Bettjäckchen, Getränke etc.)

.....
.....

Was benötigen Sie, um sich zu entspannen und zur Ruhe zu kommen?

.....

16. Musik

Schlager Oper Operette Musical Volksmusik Rock&Pop

Singen Sie gerne? ja nein

Wenn ja welche Lieder

.....

17. Ruhestand

wann? vorzeitig?

wie wurde er erlebt (als Erleichterung oder Verlust?)

.....
.....

18. Was ist Ihnen heilig? (Gegenstände, Gewohnheiten, Personen)

.....
.....

19. Welche Themen sind kritisch oder sollten mit Vorsicht behandelt werden?

(z.B. Enttäuschungen, Spannungen in der Familie, Ängste, etc.)

.....
.....

20. Wie gehen Sie mit Schwierigkeiten um?

- zupackend abwartend leicht entmutigt konfliktfreudig zuversichtlich

oder

21. kritische und einschneidende Lebensereignisse?

(z.B. Erkrankung, Krieg, Flucht, Vertreibung, Gefangenschaft, Trennung, Todesfälle, Scheidung, Gewalt, Umzug etc...)

.....
.....
.....

22. freudige und bedeutsame Lebensereignisse?

.....
.....

23. Was gibt Trost und Halt?

.....
.....

24. Was macht Ihnen Angst?

.....

25. Was macht Sie glücklich?

.....

26. Was ist Ihnen sonst noch wichtig ist?

.....
.....
.....
.....

Datum

Unterschrift