

Biografiebogen

Name:	Erstellungsdatum:
Erstellt von: mithilfe <input type="checkbox"/> des Bewohners <input type="checkbox"/> der Angehörigen	
Eltern / Großeltern:	
Geschwister:	
Schulzeit:	
Prägende Ereignisse:	
Beruf (gelernter, ausgeübter):	
Lebenspartner / Bezugspersonen/ Kinder:	
Kontaktpflege gewünscht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Werte / Eigenschaften:	
<input type="checkbox"/> Ordnungsliebend	<input type="checkbox"/> Ehrlich
<input type="checkbox"/> Kameradschaftlich	<input type="checkbox"/> Tierlieb
<input type="checkbox"/> Ausgeglichen	<input type="checkbox"/> Heimatverbunden
<input type="checkbox"/> Religiös / Gläubig	<input type="checkbox"/> Geduldig
<input type="checkbox"/> Naturbezogen	<input type="checkbox"/> Humorvoll
<input type="checkbox"/> Optimistische Lebenseinstellung	<input type="checkbox"/> Interessiert
<input type="checkbox"/> Pessimistische Lebenseinstellung	<input type="checkbox"/> Motiviert
<input type="checkbox"/> Kontaktfreudig, Gesellig	<input type="checkbox"/> Zurückgezogen
<input type="checkbox"/> Hat Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kann sich mitteilen und Wünsche äußern	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Akzeptiert Hilfen bei Tagesgestaltung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entscheidungsfreudig	<input type="checkbox"/>

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Pflegedienstleitung	Qualitätsbeauftragte	1	22.03.2017	Seite 1 von 4

Gesundheit / Krankheit / Einstellung zum Thema Sterben und Tod:

Bestattungsinstitut:

Individueller Tagesablauf:

Wie ist/ war bisher Ihr Tagesablauf? Frühaufsteher? Langschläfer? Was haben Sie gerne gemacht? Wie entspannen Sie sich am besten?

Rituale und Gewohnheiten:

Nach den Mahlzeiten?

An bestimmten Wochentagen?

In bestimmten Monaten / Jahreszeiten?

Kommunikation:

Sprache

Hören

Sehen

Einschränkungen?

Hilfsmittel?

Orientierung:

Zur Person?

Zeitlich?

Örtlich?

Räumlich?

Situativ?

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Pflegedienstleitung	Qualitätsbeauftragte	1	22.03.2017	Seite 2 von 4

Mobilität:

Bewegungseinschränkungen?

Hilfsmittel?

Schmerzen?

Vitale Funktionen:

Atmung (Raucher, Allergien, Asthma,...)

Schmerzen

Kreislauf (wetterfühlig, friert/ schwitzt schnell,...)

Körperpflege:

Duschen? Baden? Bevorzugte Pflegemittel? Abneigungen? Besondere Gewohnheiten? Zu welcher Tageszeit?

Essen und Trinken:

Vorlieben? Abneigungen? Essenszeiten? Gewicht im Laufe des Lebens?

Portionsgrößen / Trinkmengen?

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Pflegedienstleitung	Qualitätsbeauftragte	1	22.03.2017	Seite 3 von 4

Ausscheiden:

Zeiten

Hilfsmittel

Besonderheiten (Katheter, Stoma, Obstipation, Diarrhoe, Schmerzen,
Harnwegsinfekte,...)

Sich kleiden:

Vorlieben? Abneigungen? Häufigkeit des Kleidungswechsels?

Ruhen und Schlafen:

Schlafenszeiten? Rituale? Tag-Nacht-Rhythmus?

Interesse am Betreuungsangebot durch Betreuungsassistenten

Gruppenangebote ja nein

Einzelangebote ja nein

Freizeitinteressen / Hobbys:

Früher?

Heute?

Sonstiges:

Datum

Unterschrift des Mitarbeiters

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Pflegedienstleitung	Qualitätsbeauftragte	1	22.03.2017	Seite 4 von 4