

Biografiebogen

Fragen zur Person

Name: _____ Vorname: _____

Rufname : _____ Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____

Aufgewachsen in: _____

Sonstige Wohnorte:

Bisherige Wohngegend (z.B. Wohnung, Haus, Garten, Balkon, ländlich, Stadtrand o -zentrum)

Schulbildung: _____

Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____

Welche berufliche Tätigkeit haben Sie ausgeübt? _____

Welchen Beruf hätten Sie gerne erlernt? _____

Wie beurteilen Sie Ihr Arbeitsleben im Nachhinein ?

Als erfüllt und positiv Eher negativ Sonstiges

Name der Eltern: _____

Meine Bezugsperson war: Mutter Vater Beide

Sonstige Person(en) _____

Namen der Geschwister: _____

Wie würden Sie sich beschreiben (bitte mehrmals ankreuzen, wenn zutreffend):

Sensibel Temperamentvoll Ausgeglichen
Aktiv

Humorvoll Zurückgezogen Ängstlich Ruhig

Eigene Familie und soziale Beziehungen

Waren Sie verheiratet?

Ja Nein Ich habe / hatte einen Lebenspartner
Geschieden

Wann haben Sie geheiratet?

Name des Ehe- / Lebenspartners ?

Welchen Beruf hat Ihr Partner ausgeübt? _____

Lebt ihr Partner noch?

Ja Nein / Verstorben seit: _____

Haben Sie Kinder? (wenn, ja wie viele und wie heißen sie mit Vornamen?)

Ja Nein

Haben Sie Enkel? (wenn ja, wie viel) Ja _____
Nein

Hatten Sie ein Haustier? Ja _____ (Art und Name) Nein

Haben Sie Kontakt zu Ihren Kindern?

Ja Nein
 Täglich Wöchentlich Monatlich Eher unregelmäßig
 Ich wünsche mir mehr Kontakt

Haben Sie Kontakt zu ihren Enkeln?

Ja Nein Ich wünsche mir mehr Kontakt zu meinen Enkeln

Haben Sie Kontakt zu Ihren Geschwistern: Ja,
zu _____

Verstorben sind: _____

Wem würden Sie sich anvertrauen?

z.B. bei Krankheit (Partner, Kinder, Geschwister, Freunde, etc.)

Benötigen Sie Hilfe um Kontakt zu Familie / Freunden / Nachbarn / Bekannten aufzunehmen?

Ja (z.B. beim Telefonieren) Nein

Art der gewünschten Hilfe: _____

Sind Sie gerne in Gesellschaft?

- Ja Nein

Wenn Sie gerne in Gesellschaft sind, bevorzugen Sie eher:

- Kleinere Gruppen (bis 5 Personen) Größere Gruppen (mehr als 5)
spielt keine Rolle

Fällt es Ihnen leicht Kontakt zu schließen?

- Ja Nein
 Ja, wenn andere Menschen auf mich zugehen

Existenzielle und lebensgeschichtliche Erfahrungen

Sind Sie religiös interessiert?

- ja, ich besuche gerne den Gottesdienst/ ich möchte auch weiterhin regelmäßig den Gottesdienst besuchen
- nein, eher nicht
 Sonstige Wünsche
-

Seelsorgerische Begleitung

Unsere Seelsorger und Ordensschwestern begleiten unsere Bewohner durch Gespräche und Gebete. Sie möchten Ihnen in schwierigen Lebenssituationen beistehen.

Möchten Sie diese Begleitung in Anspruch nehmen, und wünschen Sie ein Gespräch?

- Ja
 zum jetzigen Zeitpunkt, eher nicht, vielleicht später.
 Nein, ich möchte dies nicht in Anspruch nehmen

Auch die ehrenamtlichen Mitglieder der Hospizgruppe des Schwarzwald-Baar-Kreises und unsere Sitzwachengruppe, bestehend aus Ehrenamtlichen und Mitarbeitern, bieten Begleitung in schwierigen Lebensphasen an.

Möchten Sie, dass wir Ihnen den Kontakt ermöglichen und wünschen sie ein Gespräch?

- Ja
 zum jetzigen Zeitpunkt, eher nicht, vielleicht später
 Nein, ich möchte dies nicht in Anspruch nehmen

Umgang mit Sterben und Tod

Wir betrachten den Tod als einen natürlichen Bestandteil des Lebens, deshalb möchten wir Sie an dieser Stelle ermutigen auf unsere Mitarbeiter zuzugehen, falls Sie Gesprächsbedarf empfinden.
Wir stehen Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Wie gehen Sie mit Konflikten um?

- Ich warte ab Ich suche Hilfe Ich löse sie mit den Beteiligten
 Ich versuche sie alleine zu lösen

Sonstiges / Bemerkungen:

An welche Erlebnisse in ihrem Leben erinnern Sie sich gerne, bzw. verbinden Sie eher negative Erinnerung?

Positive Erinnerungen:

Negative Erinnerungen:

Hatten Sie in letzter Zeit ein Ereignis, das Sie besonders berührt hat und noch immer beschäftigt?

Haben Sie vor etwas besonderem Angst? (z.B. Spinnen ,Dunkelheit, etc.)

Fühlen Sie sich oft einsam?

- Ja Nein

Haben Sie bestimmte Werte, die Ihnen wichtig sind?
(z.B. Pünktlichkeit / Zuverlässigkeit / Höflichkeit usw.)

Lebensweise

Wie sah bzw. sieht Ihr jetziger Tagesablauf zu Hause aus? Welche Art von Hilfe benötigen Sie dabei?

Welche persönlichen Dinge sind Ihnen wichtig?
(z.B. bestimmte Fotos, Möbel, Gegenstände usw.)

Möchten sie uns noch etwas mitteilen, das Ihnen wichtig erscheint, um Sie besser kennenlernen zu können?

Ess- und Trinkgewohnheiten

Essen Sie regelmäßig und haben sie Appetit?

ja nein, ich esse wenig

Was essen Sie gerne?

Ich esse lieber...

süß sauer herzhaft salzig abwechslungsreich

Lieblingsspeisen:

Was trinken Sie gerne und wie viel pro Tag?

unter 1000 ml bis zu 1000 ml bis zu 2000 ml

Bevorzugte Getränke :

Wasser mit Kohlensäure Wasser ohne Kohlensäure

Tee welche Sorten? _____

Kaffee mit Milch ohne Milch mit Zucker / Süßstoff ohne Zucker / Süßstoff

Sonstiges _____

Was schmeckt Ihnen absolut nicht?

Unverträglichkeiten beim Essen und Trinken:

Schlafen und Ruhen

In welcher Position schlafen Sie am liebsten?

- Oberkörper hoch Oberkörper flach Rechte Seite Linke Seite
 Bauchlage Rückenlage
 Keine besonderen Gewohnheiten

Haben Sie Schlafschwierigkeiten?

- Einschlafprobleme Durchschlafprobleme Keine Probleme

Wann stehen Sie in der Regel morgens auf? _____ Uhr

Um wie viel Uhr gehen Sie zu Bett? _____ Uhr

Auf zu wenig Schlaf reagiere ich mit (z.B. Fahrigkeit, Gereiztheit usw.)

Brauchen Sie bestimmte Ruhephasen während des Tages?

- Mittagsschlaf Sonstige Ruhezeiten _____

Was brauchen Sie um gut einschlafen zu können?

(z.B. bestimmte Medikamente, Dunkel, etwas Licht, Wärmflasche, offenes Fenster, bestimmtes Kissen usw.)

Körperpflege / Sich Kleiden

Wie sind Sie es gewohnt sich zu waschen?

- Ich wasche mich hauptsächlich am Waschbecken
- Ich bade gerne
- Ich dusche gerne
- Ich reagiere allergisch auf folgende Seifen / Cremes _____

Ich rasiere mich:

- nass trocken täglich _____ mal die Woche

Ich putze mir die Zähne:

- morgens abends Nach jeder Mahlzeit

Für Prothesenträger:

- Die Prothese wird abgebürstet Die Prothese wird mit einer Brausetablette gereinigt
- Die Prothese behalte ich nachts im Mund

Welche Kleidung bevorzugen Sie?

(z.B. bequeme Kleidung wie Jogginganzug / Kleider / Röcke, schicke Kleidung usw.)

Gehen Sie regelmäßig zum Frisör?

- Ja alle _____ Wochen / Monate
- Nein

Krankheit und Wohlfühlen

Was verändert sich für Sie, wenn Sie sich krank fühlen?

- Ich brauche viel Nähe u. Zuwendung Ich möchte in Ruhe gelassen werden

Ergänzungen: _____

Wie gehen Sie mit körperlichem Schmerz um?

- Ich nehme sofort ein Schmerzmittel wenn ja, welches? _____
- Ich möchte, dass der Arzt gerufen wird
- Ich bin sehr schmerzempfindlich Ich glaube einiges aushalten zu können
- Ich brauche Trost Ich ziehe mich zurück Ich werde wütend

Sonstiges _____

Haben Sie schmerzempfindliche Stellen? Wenn ja, wo?

- Ja _____
- Nein

Was wünschen Sie sich, um sich wohl fühlen zu können, wenn Sie krank sind?
(z.B. bestimmte Personen oder nur viel Ruhe / Musik usw.)

Im Hause St. Cyriak wird den Bewohnern therapeutisches entspannen in einem eigens dafür geschaffenen Snoezelenraum angeboten. Dafür wichtig zu wissen ist, welche musikalischen Vorlieben aus der Jugend und dem Erwachsenen Zeitraum beim Bewohner vorliegen.

Meine musikalische Vorliebe gilt:

Klassik Volksmusik Instrumentalmusik Chormusik Rock und Pop Jazz

Meine entsprechende Lieblingsmusik kann ich auf nachfolgenden Tonträgern zu Verfügung stellen:

Schallplatte Kassette Tonband CD DVD

Leiden Sie unter starken Stimmungsschwankungen?

Ja Nein Gelegentlich

Wie äußern sich diese?

Haben Sie ein besonderes Wärme- / Kälteempfinden?

- Mir wird sehr schnell warm,
- Ich schnell ins Schwitzen
- Ich friere sehr leicht
- Kein besonderes Wärme- / Kälteempfinden

Interessen und Gewohnheiten

Haben Sie bestimmte Interessen / Hobbys?

Können sie sich gut selbst beschäftigen?

Ja

Eher nein

Welche Beschäftigung bevorzugen Sie?

geistige

körperliche

beides

Welches sind für Sie angenehme Gesprächsthemen?

Was erfreut Sie?

Radio hören welchen Sender?

Musik hören welche?

Fernsehen welche Sendungen / Programme?

Spazieren gehen

Sich Unterhalten

Lesen Zeitung Zeitschriften

Bücher Sonstiges _____

Haben Sie bestimmte Gewohnheiten?

(z.B. Rauchen, Naschen, ein „Schwätzle“ halten, Gläschen Wein am Abend usw.)

Sonstiges

Wer hat die Heimaufnahme veranlasst?

Die Fragen wurden von:

Mir selbst Gemeinsam mit _____ beantwortet.

Einverständniserklärung

Wie bereits erläutert, sind alle Mitarbeiter des Altenheim St. Cyriak auf die Wahrung der Vertraulichkeit verpflichtet.

Aufgrund rechtlicher Bestimmungen, benötigen wie nun an dieser Stelle, ihre Einverständniserklärung.

Über die berufliche Schweigepflicht der Mitarbeiter wurde ich informiert.

Ich stimme der Nutzung und der Weitergabe, meiner Angaben, innerhalb des Altenheim St. Cyriak, zu Pflege- und Betreuungszwecken zu.

Unterschrift (des künftigen Bewohners)

Ort/Datum

Unterschrift des Angehörigen/Betreuer

Ort/Datum