

Angaben zu Ihrer Person

Name:	Vorname:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Konfession:
Geburtsland:	Muttersprache: Fremdsprache:

In welchem Ort haben Sie die meiste Zeit Ihres Lebens verbracht? Auf dem Land oder in der Stadt?

Fragen zu Ihrer Kindheit und Jugend

Spielen, Schule und Musik (Gewohnheiten)

Mit welchen Spielen haben Sie sich in Ihrer Kindheit am liebsten beschäftigt?	
Hatten Sie ein Haustier, welche Ihnen in Ihrer Kindheit besonders ans Herz gewachsen ist?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche:
Haben Sie ein Instrument gespielt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welches:
Habe Sie in einem Chor mitgesungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie einen Spitznamen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welches:
Welche Schule haben Sie besucht?	<input type="checkbox"/> Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule (höhere Töchter-Schule) <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Welche Fächer mochten Sie besonders?	
Wann haben Sie Ihren Schulabschluss gemacht?	
Welche Lehre/ Berufsausbildungen haben Sie gemacht?	
Welche Bedeutung hatte die Berufstätigkeit für Sie?	

Familienstrukturen

Haben Sie mit Ihren Großeltern in einem Haus gelebt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eltern der Mutter <input type="checkbox"/> Eltern des Vaters																		
Worauf haben Ihre Eltern/Großeltern Wert gelegt? Pflichten im elterlichen Haushalt?																			
Wie hießen Ihre Eltern?	Vater: Mutter:																		
Wie war das Verhältnis zu Ihren Eltern?	<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Weniger gut																		
Erziehungsstil der Eltern?	<input type="checkbox"/> Autoritär/Streng <input type="checkbox"/> Streng aber gerecht und liebevoll <input type="checkbox"/> Frei <input type="checkbox"/> Demokratisch																		
Welchen Beruf übten Ihre Eltern aus?	Vater: Mutter:																		
Haben/ hatten Sie Geschwister?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja																		
Wie viele Geschwister hatten Sie?	Anzahl der Geschwister: Davon Mädchen Davon Jungen																		
Stellung in der Geschwisterreihe?	<input type="checkbox"/> Jüngstes Kind <input type="checkbox"/> Mitte <input type="checkbox"/> Ältestes Kind																		
Wie heißen/hießen Ihre Geschwister?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Name</th> <th style="width: 30%;">Leben/Verstorben</th> <th style="width: 40%;">Kontakt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1.</td> <td> <input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben </td> <td> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2.</td> <td> <input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben </td> <td> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3.</td> <td> <input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben </td> <td> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.</td> <td> <input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben </td> <td> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5.</td> <td> <input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben </td> <td> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Leben/Verstorben	Kontakt	1.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	2.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	3.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	4.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	5.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name	Leben/Verstorben	Kontakt																	
1.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																	
2.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																	
3.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																	
4.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																	
5.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																	
Haben Sie noch Kontakt zu Ihnen?																			
Angenehme Erinnerungen an Kindheit und Elternhaus:																			

Angenehme Erinnerungen an die Jugendzeit?	
Unangenehme Erinnerungen:	
Wann haben Sie Ihr Elternhaus verlassen?	

Fragen zum Erwachsenenalter

Welcher beruflichen Tätigkeit sind Sie nachgegangen? Wie lange waren Sie berufstätig?			
Familiengründung: Waren/sind Sie verheiratet?	Wie haben Sie den/die Ehepartner/in kennengelernt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Mit wem waren/sind Sie verheiratet?	Name des Ehepartners:		
Wann haben Sie geheiratet?	Datum:		
Verstarb Ihr Ehepartner-in?	Wann?		
Haben/Hatten Sie einen Lebenspartner?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Haben Sie Kinder?	Name	Leben/Verstorben	Kontakt
Wie heißen/hießen Ihre Kinder?	1.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie noch Kontakt zu Ihnen?	2.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	3.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	4.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	5.	<input type="checkbox"/> Lebt in: <input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Qualität der Beziehung zu Kindern, Enkeln			
Wo haben Sie mit Ihrer Familie gewohnt?	Ort: <input type="checkbox"/> Eigenes Haus <input type="checkbox"/> Eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Zur Miete		
Welche Aufgaben hatten Sie als Ehemann/Ehefrau? Wie war die Beziehung zum Ehepartner/Lebenspartner? Hatten Sie glückliche Ehe gehabt?			

Welche Personen sind Ihnen außerhalb der Familie wichtig?	
<i>Gewohnheiten, Tätigkeiten, Freizeitbeschäftigungen</i> Mit was haben Sie sich gerne beschäftigt? Kochen, Backen Handarbeiten, Garten, Literatur etc. Sport- welchen?	
Welche Traditionen wurden von Ihrer Familie gepflegt?	
Sind Sie gerne verreist?	
Welche Länder haben Sie besucht?	
Soziales Engagement? (Verbände/Ehrenamt)	
Welche Musikrichtung bevorzugen Sie? (Schlager, Klassik)	
Sind Sie gern in Gesellschaft? Ist es Ihnen leicht Kontakte zu schließen?	
Legen Sie Wert auf eine Unterscheidung zwischen Werktags- und Sonntagskleidung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ihre typische Kleidung Im Alltag?	
Wie war/ist Ihr religiöses Verhalten?	Kommunion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Abendmahlfeier <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Regelmäßiges Beten, welches? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Gehen Sie gern zu den Gottesdiensten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fragen zum Alter
Alter und Lebensrückschau

Worauf sind Sie besonders stolz in Ihrem Leben?	
Was waren in Ihrem Leben Anlässe zur Trauer?	

Welche Ängste hatten Sie?	
Wie sind Sie mit schwierigen Lebenssituationen umgegangen?	
Wirtschaftliche Verhältnisse im Erwachsenenalter?	

Fragen zu Lebensgewohnheiten

Gewohnheiten und Wünsche (z. B. Frühaufsteher/In/Langschläfer/In), Schlafgewohnheiten, Schlafumgebung-Temperatur, wurden Schlafmittel eingenommen?

1.	
2.	
3.	

Wie sah Ihren Tagesablauf zu Hause aus? (Gewohnter/Gewünschter Tagesablauf)

Uhrzeit	Gewohnter Tagesablauf	Gewünschter Tagesablauf
06.00 – 08.00 Uhr		
12.00 – 14.00 Uhr		
14.00 – 16.00 Uhr		
18.00 – 20.00 Uhr		
20.00 – 22.00 Uhr		

Gewohnte Abläufe oder Rituale bei der Körperpflege

Gern genutzte Pflegeutensilien:	<input type="checkbox"/> Deo <input type="checkbox"/> Schminke <input type="checkbox"/> Haarspray <input type="checkbox"/> Parfüm <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> Rasierwasser <input type="checkbox"/> Kamm <input type="checkbox"/> Gesichtscrem <input type="checkbox"/> Körperlotion
Reaktionen auf Körperkontakt	<input type="checkbox"/> eher positiv <input type="checkbox"/> eher zurückhaltend
Haben Sie gern gebadet oder geduscht? Wie oft? Wasser Temperatur?	<input type="checkbox"/> kalt <input type="checkbox"/> lauwarm <input type="checkbox"/> warm
Zu Hause eingesetzte Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Luppe <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Sonstiges

Wie gut können Sie sehen?	<input type="checkbox"/> Lesebrille <input type="checkbox"/> benötigen Sie ständig eine Brille
Wie gut können Sie hören?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Schlaf- Wach-Rhythmus	
Nächtliche Unruhe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>Besonderheiten</i> (zu. Spezialkissen, Einschlafrituale, dicke Socken, Pyjama, Licht, offenes Fenster, Wärmflasche, dicke/dünne Decke, Musik, Fernsehen (einkreuzen))
Rasur	<input type="checkbox"/> elektrische Rasierapparat <input type="checkbox"/> nass Rasur <input type="checkbox"/> Lieblingsparfüm/Aftershave
Mund und Zahnpflege	
Wann putzen Sie sich die Zähne?	<input type="checkbox"/> mechanische Zahnbürste <input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nach jeder Mahlzeit
Zahnprothesenträger/in?	<input type="checkbox"/> Vollprothese oben <input type="checkbox"/> Vollprothese unten <input type="checkbox"/> Teilprothese
Werden die Zahnprothese mit Haftmittel fixiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behalten Sie die Zahnprothese über Nacht im Mund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verhalten im Umgang mit Medikamenten	<input type="checkbox"/> so wenig wie möglich <input type="checkbox"/> Neigung zu Medikamentenabusus
Wie gehen Sie mit Schmerzen um?	<input type="checkbox"/> Hohe Schmerztoleranz <input type="checkbox"/> sehr sensibel gegenüber Schmerzen
Haben Sie schmerzempfindliche Stellen, Bewegungseinschränkung, Sensibilitätsstörung?	

Fragen zu Speisen und Getränken /Gewohnheiten und Wünsche

Was sind Ihre Lieblingsspeisen? Was sind Ihre Lieblingsgetränke?	
Welche Speisen und Getränke mögen Sie nicht?	
Essen Sie gern Obst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

(z.B. keinen Fisch, süße Speisen, Lieblingsessen/-getränk, ein Gläschen Wein am Abend)

Mahlzeit	Gewohnheit	Wünsche
Frühstück		
Mittagessen		
Nachmittagskaffee		
Abendessen		

Ergänzungen:

Gibt es sonst noch etwas Wichtiges bezüglich des Klienten, das sie uns mitteilen möchten?

Wir danken Ihnen für Ihre umfangreiche Auskunft und werden uns bemühen, die einzelnen Punkte so weit wie möglich in unsere Pflege zu integrieren.

Biografie Bogen wurde erfasst

Von: _____

Datum: _____