Um eine optimale pflegerische Versorgung zu gewährleisten, benötigen wir als Pflegeeinrichtung Informationen über biographische Daten, Gewohnheiten und über den notwendigen Hilfebedarf des Bewohners

Biographiebogen

Persönlichkeits-Biographie			
Name:		**Vorname:**	
Geburtsname:		**Geburtsdatum:**	
Geburtsort:		**Ehepartner:**	
Kinder:		**Geschwister:**	
Religion (Kirchliche Sakramente, christlicher Glaube)			
Gehören Sie einer Religion (Konfession) an? Und wenn ja, welcher?	☐ Ja, welche:…… ☐ nein		
Haben Sie regelmäßig Gottesdienste besucht?	☐ Ja ☐ nein		
Möchten Sie zukünftig auch Gottesdienste besuchen?	☐ Ja ☐ nein		
Haben Sie früher zu Hause gebetet und Rituale gepflegt?	☐ Ja ☐ nein		
Lern- und Bildungsbiographie			
Schulbesuch			
Schulart:	☐ Volksschule ☐ Mittelschule ☐ Gymnasium		
Schulabschluss:			
Ort der Schule:			
Berufsausbildung			
Erlernter Beruf:			
Berufliche Tätigkeiten: (was, wo, wie lange)			
Soziale Biographie			
Familiensituation			
Namen der Eltern			
Beruf der Eltern			
Namen der Geschwister			

Welche Geschwister leben noch?	
Name des Ehepartners	
Datum der Eheschließung	
Wohnort nach der Eheschließung	
Anzahl der Kinder	
Namen der Kinder	
Enkel und Urenkel	
Namen der Enkel und Urenkel	
Wie hat man Sie früher gern genannt? Hatten Sie einen Spitznamen?	☐ Ja ☐ Nein
Hatten Sie immer viel Besuch und viele Freunde?	☐ Ja ☐ Nein
Mögen Sie gesellige Runden und fröhliches Beisammensein?	☐ Ja ☐ Nein
Erfahrungen, Hobby, Interessen	
Was haben Sie früher gern in Ihrer Freizeit gemacht (Hobbys, Interessen?)	
Lesen Sie gerne und wenn ja, welches sind Ihre Lieblingsbücher?	☐ Ja, welche: …… …… ☐ Nein
Haben Sie früher viele Handarbeiten (Häkeln, Stricken, etc.) gemacht?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie früher mal geangelt?	☐ Ja ☐ Nein
Hatten Sie früher einen Garten?	☐ Ja ☐ Nein
Malen und basteln Sie gerne?	☐ Ja ☐ Nein
Können Sie Brettspiele, Skat, Schach?	☐ Ja ☐ Nein

Besondere Erlebnisse und Erfahrungen (z.B. Reisen, Erfolge, Unfall, Kriegserlebnisse, Flucht, etc.)	
Verluste	
Anamnesebogen (Krankheiten)	
Bestehen folgende Erkrankungen bzw. Lebensumstände?	☐ Diabetes mellitus (Insulinpflichtig ja/nein) ☐ Herzschrittmacher ☐ Ernährungssonde (PEG) ☐ Luftröhrenschnitt (Trachealkanüle) ☐ Epileptiker ☐ Dekubitus (Druckgeschwür) Wenn ja, wo:…… ☐ Andere Wunden Wenn ja, wo:…… ☐ Laktose Intoleranz und/oder andere Nahrungsmittelunverträglichkeiten ☐ Allergien Wenn ja; welche:…… ☐ Weitere Erkrankungen Wenn ja; welche:……
Medikation und ärztliche Verordnungen	
Frühere Erkrankungen und Operationen (inkl. Krankenhausaufenthalte)	
Besonderes:	
Ernährung	
Pflegen Sie bestimmte Rituale beim Essen?	☐ Ja, welche…… …… …… ☐ nein

Welche Nahrungsmittel bevorzugen Sie?	
Welche Nahrungsmittel mögen Sie gar nicht?	
Zu welchen Uhrzeiten nehmen Sie die Mahlzeiten ein?	1. Frühstück:..... 2. Mittag:..... 3. Abend:.....
Welche Getränke bevorzugen Sie?	
Welche Getränke mögen Sie gar nicht?	
Allgemeines	
Haben Sie bestimmte Alltagsrituale und wenn ja, welche?	☐ Ja, welche..... .... ☐ nein
Welche Schlafgewohnheiten haben Sie?	

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum/Unterschrift
Bewohner/Betreuer/Angehöriger

Datum/Unterschrift
Pflegekraft