

	Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH	
	Pflegeheim "Min Hüsung"	
Biografiebogen		

Fragen zur Person	
Name	
Vorname	
Rufname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Konfession	
Aufgewachsen in:	
Sonstige Wohnorte:	
Bisherige Wohngegend (z.B. Wohnung, Haus, ländlich, Stadtzentrum)	

Schulbildung	
Welchen Beruf haben Sie gelernt?	
Welche berufliche Tätigkeit haben Sie ausgeübt?	
Wie beurteilen Sie Ihr Arbeitsleben im nach hinein?	<input type="checkbox"/> als erfüllt und positiv <input type="checkbox"/> eher negativ <input type="checkbox"/> sonstiges

Familie und andere soziale Beziehungen	
Waren oder sind Sie verheiratet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Ich habe / hatte einen Lebenspartner
Wann haben Sie geheiratet?	
Name des Lebens-/Ehepartners	
Haben Sie Kinder? (wenn ja, wie viele und wie heißen sie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Enkel? (wenn ja wie viele)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kontakt zu Ihren Kindern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie gerne in Gesellschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erfahrungen Existenzielle und lebensgeschichtliche

Sind Sie religiös interessiert?	<input type="checkbox"/> ja, ich besuche gerne den Gottesdienst/ ich möchte auch weiterhin regelmäßig den Gottesdienst besuchen <input type="checkbox"/> nein, eher nicht <input type="checkbox"/> sonstige Wünsche
An welche positiven Erlebnisse in Ihrem Leben erinnern Sie sich gerne?	
Welche negativen Erinnerungen haben Sie?	

Ess- und Trinkgewohnheiten

Essen Sie regelmäßig und haben Sie Appetit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie essen Sie gerne?	<input type="checkbox"/> süß <input type="checkbox"/> sauer <input type="checkbox"/> herzhaft <input type="checkbox"/> salzig <input type="checkbox"/> abwechslungsreich
Lieblingsspeisen	
Was trinken Sie gerne?	<input type="checkbox"/> stilles Wasser <input type="checkbox"/> Wasser mit Kohlensäure <input type="checkbox"/> Tee (welche Sorten) _____ <input type="checkbox"/> Kaffee schwarz <input type="checkbox"/> Kaffee weiß <input type="checkbox"/> Säfte (welche Sorten) _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges
Wieviel trinken Sie ca.pro Tag	<input type="checkbox"/> unter 1000ml <input type="checkbox"/> über 1000 ml <input type="checkbox"/> ca. 2000ml
Was schmeckt Ihnen nicht oder essen Sie gar nicht?	

Haben Sie Unverträglichkeiten oder lebensmittelbedingte Allergien? (Wenn ja welche)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Schlafen und Ruhen	
Haben Sie Schlafprobleme?	<input type="checkbox"/> Einschlafprobleme <input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme <input type="checkbox"/> keine Probleme
Wann stehen Sie in der Regel morgens auf?	ca. _____ Uhr
Wann gehen Sie in der Regel abends zu Bett?	ca. _____ Uhr
Halten Sie Mittagsschlaf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Was brauchen Sie um gut einschlafen zu können?	<input type="checkbox"/> bestimmte Medikamente <input type="checkbox"/> etwas Licht <input type="checkbox"/> Dunkelheit <input type="checkbox"/> Wärmflasche <input type="checkbox"/> offenes Fenster <input type="checkbox"/> sonstiges

Körperpflege / sich kleiden	
Wie sind Sie es gewohnt sich zu waschen?	<input type="checkbox"/> ich wasche mich hauptsächlich am Waschbecken <input type="checkbox"/> ich bade gerne <input type="checkbox"/> ich dusche gerne <input type="checkbox"/> ich reagiere allergisch auf folgende Seifen/ Cremes <hr/>
Wie rasieren Sie sich?	<input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> ____ mal wöchentlich
Wann putzen Sie Ihre Zähne?	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nach jeder Mahlzeit
Für Prothesenträger	<input type="checkbox"/> die Prothese wird abgebürstet <input type="checkbox"/> die Prothese liegt nachts in Prothesenreiniger <input type="checkbox"/> die Prothese behalte ich nachts im Mund
Gehen Sie regelmäßig zum Friseur?	<input type="checkbox"/> ja, alle _____ Wochen/ Monate <input type="checkbox"/> nein
Welche Kleidung bevorzugen Sie? (z.B. bequeme Kleidung, Jogginganzug, Kleider, Röcke, elegante Kleidung etc.)	

