

Name des Bewohners/der Bewohnerin: _____

erstellt am: _____

Biografie

Kindheit und Jugend

Geburtsname: _____

Kosenname: _____

Heimatort (wo aufgewachsen, ländlich oder Stadt): _____

Geschwister (Name, Wohnort): _____

Adresse für Postkarten: _____

Haustiere (Name, Tierart): _____

Beruf und Familie

Berufstätigkeit: _____

Partnerschaft (verheiratet, verstorbene Partner, ect): _____

Kinder (Name, Wohnort, Angabe falls verstorben): _____

Weitere Bezugspersonen (Nachbarn, Freunde): _____

Persönlichkeit

Wichtige persönliche Erlebnisse (z.B. traumatische Kriegserlebnisse, Verlust wichtiger Menschen, besonderer persönlicher Erfolg): _____

Kontaktfreudigkeit (gestern und heute): _____

Welche Werte waren früher wichtig (Ordentlichkeit, Pünktlichkeit e.c.): _____

Religion (Beten, religiöse Feste, Gottesdienste): _____

Beschäftigung

Beschäftigungsangebote lieber in Gruppen oder einzeln: _____

Neigt sie/er eher zu Distanz oder Nähe: _____

Lässt sie/er Körperberührungen eher gern oder ungern zu: _____

Ist sie/er Rechtshänder oder Linkshänder: _____

Gibt es Einschränkungen beim Sehen: _____

Gibt es Einschränkungen beim Hören: _____

Lieblingsmusik,-geräusche: _____

Was riecht er/sie gerne (Parfüm, Blumen, Werkstattgeruch): _____

Welche Rolle spielt/spielte Bewegung: _____

Tierhaarallergien/ Lebensmittelallergien: _____

Womit hat sich die Bewohnerin/ der Bewohner früher gerne beschäftigt: _____

Haushalt Haus- und Handarbeiten Bewegung Spazieren

Radfahren Schwimmen Haustiere

Hobbies, Vereine: _____

Welche Themen waren/sind interessant (Politik, Familie, Prominentengeschichten): _____

Welche Medien waren/sind von Bedeutung:

Fernsehen Radio Kino Bücher Internet

Bestand eine Sammelleidenschaft: _____

Gesellschaftsspiele, wenn ja welche: _____

Gewohnheiten bei der Körperpflege

Wie wurde die Körperpflege durchgeführt:

Waschen am Waschbecken Baden Duschen

Häufigkeit und Tageszeit: _____

Gab es besondere Vorlieben:

Kaltes Wasser Warmes Wasser Seife keine Seife

Wurde regelmäßig Hautlotion benutzt: Ja Nein

Wie oft und wann hat sie/er die Zähne bzw. die Zahnprothese geputzt?: _____

Schläft sie/er nachts mit der Zahnprothese: Ja/Nein

Wie oft hat sie/er sich rasiert: _____ nass/trocken: _____

Wie wurden die Haare gepflegt: _____

Wie häufig ging sie/er zum Frisör: _____

Kleidung: (Lieblingskleidung, Farben, Schuhe, Handtasche, Schmuck, Armband, etc.)

Essen und Trinken

Lieblingsspeisen: _____

Abneigungen: _____

Lieblingsgetränke: _____

Häufigkeit und Zeitpunkt der Mahlzeiten: _____

War in letzter Zeit eine Gewichtsabnahme oder -zunahme festzustellen: _____

...falls ja: _____

Ruhen und Schlafen

Zu welcher Zeit geht sie/er zu Bett: _____

Wie steht das Bett im Raum: _____

Welche Einschlafposition wird bevorzugt: _____

Gibt es „Zu Bett Geh Rituale“: _____

Licht anlassen Musik hören Bettdecke unter die Füße schlagen

Fenster öffnen

Wann wacht er/ sie morgens auf Wird eine Ruhepause tagsüber eingelegt

Mittagschlaf? Wenn ja, im Bett Im Sessel

Sonstige Gewohnheiten/

Raucher/in:

NOTIZEN/ HINWEISE:
