

Jeder Mensch hat seine individuelle Lebensgeschichte, die ihn geprägt hat und die auch sein jetziges Verhalten, seine Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen bestimmt.

Pflege und Betreuung sollen so individuell wie möglich auf Sie und Ihre Wünsche, Bedürfnisse, Ressourcen und Probleme abgestimmt sein. Dazu benötigen wir umfassende Informationen.

Wir bitten Sie daher, nachfolgenden Bogen so ausführlich wie möglich auszufüllen. Besonders bei kommunikationsbeeinträchtigten Personen ist die Erfassung der pflegerelevanten Daten wichtig. Hier sind Bezugspersonen, Angehörige, Freunde und Bekannte als Biographieexperten gefragt.

Wir bitten Sie daher um Ihre Mithilfe!

Name: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_

Familienstand:     verheiratet     verwitwet     geschieden  
                          alleinstehend     Kinder, wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

### 1. Kommunikation/ soziale Kontakte

◆  lebt zurückgezogen     kontaktfreudig/ aufgeschlossen  
◆ Kontakte zu Angehörigen/ Nachbarn/ Freunden/ Vereinen/ Kirche

\_\_\_\_\_

◆ Einschränkungen beim     Hören (Hörgerät)     Sehen (Brille)     Sprechen  
    Rechtshänder     Linkshänder

\_\_\_\_\_

◆ Worüber unterhalten Sie sich gerne (Familie, Politik, Prominente, .....)

\_\_\_\_\_

◆ Schlüsselwörter/ Rufnamen/ Spitznamen/ Reaktionen darauf

\_\_\_\_\_

◆ worüber wird gern / ungern gesprochen

\_\_\_\_\_

◆ Besuchen Sie gerne den Gottesdienst     ja     nein  
gehört Beten als fester Bestandteil zu Ihrem Alltag?     ja     nein

◆ Können Körperberührungen zugelassen werden     gern     ungern

\_\_\_\_\_

◆ was riechen Sie gerne?

\_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Änderungsstand	Seite
Ref AH	Ref AH / AK Doku	07/2019	2	Seite 1 von 7

- ◆ Worüber lachen Sie am meisten

---

- ◆ Was macht Ihnen Angst, was bereitet Ihnen Sorge?

---

## 2. Bewegung/ Mobilität

- ◆  Fortbewegung ohne Unterstützung
- ◆ bisher benutzte Hilfsmittel (z.B. Haltegriffe, Rollator, Sitzerhöhungen usw.)

---

- Bewegungseinschränkungen  Schmerzen?

---

- ◆ Unsicherheit in bestimmten Situationen (z.B. beim Laufen, Treppensteigen, Aufstehen, Richtungswechsel)?

---

- ◆ Umgebungsgestaltung (Haltegriffe, Licht- Bewegungsmelder, etc)

---

- ◆ Sind Sie bereits einmal oder mehrfach gestürzt, mögliche Ursache?

---

- ◆ Regelmäßige Bewegung/ Krankengymnastik/ Gymnastik/ Sport/ Spaziergänge

---

## 3. Vitalfunktionen

- ◆ Probleme mit Blutdruck:  zu hoch  zu niedrig
- Schwindelgefühl,  Wärme- Kälteempfinden,  Blutzucker,...

---

## 4. Körperpflege

- ◆ Waschen Sie sich am liebsten morgens/ abends/vor oder nach dem Frühstück/ vor dem Zubettgehen?

---

- ◆ Waschen am Waschbecken/ Duschen/ Baden (wie oft pro Woche)

---

- ◆ Wassertemperatur/ Waschzusätze / Körperpflegemittel (Lotion, Creme, Parfüm, Deo usw.)

---

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Änderungsstand	Seite
Ref AH	Ref AH / AK Doku	07/2019	2	Seite 2 von 7

- ◆ Nass- oder Trockenrasur (Häufigkeit/ früh oder abends)  
\_\_\_\_\_
- ◆ Zahnpflege (Zahnprothese, eigene Zähne, Zahnpflege wie oft, wann, womit, Zahnprothese nachts eingesetzt, Schmerzen, Probleme mit Mundschleimhaut, Druckstellen, Lippenpflege)  
\_\_\_\_\_
- ◆ Frisur (Haare waschen wie oft? Am Waschbecken oder beim Baden/Duschen, Kämmen? Welche Frisur (hochgesteckt, offen), Friseurbesuch wie oft)  
\_\_\_\_\_
- ◆ Nagelpflege (feilen, schneiden, wie oft, Länge, Lack)  
\_\_\_\_\_
- ◆ Worauf legen Sie Wert?     Lippenstift     Nagellack  
 \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_

## 5. Essen und Trinken

### *Trinkverhalten*

- ◆ wie viel trinken Sie gewöhnlich pro Tag \_\_\_\_\_
- ◆ Lieblingsgetränke (warme/ kalte Getränke bevorzugt, welche Getränke), Abneigungen?  
\_\_\_\_\_
- ◆ trinken Sie bevorzugt aus Becher/ Glas/ Flasche/ Tasse/ mit Strohhalm  
\_\_\_\_\_

### *Essverhalten*

- ◆ Lieblings Speisen, Lieblingsgerichte, Vorlieben, Abneigungen, Diäten  
\_\_\_\_\_
- ◆ Unverträglichkeiten, Allergien auf bestimmte Speisen, Lebensmittel  
\_\_\_\_\_
- ◆ Portionsgrößen     groß     klein  
\_\_\_\_\_
- ◆ Essenszeiten, Anzahl der Mahlzeiten, Tischkultur (Serviette, Tischdecke, Tischdekoration)  
\_\_\_\_\_
- ◆ Essen Sie am liebsten in der Gemeinschaft/ alleine/ beim Fernsehen oder Lesen  
\_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Änderungsstand	Seite
Ref AH	Ref AH / AK Doku	07/2019	2	Seite 3 von 7

- ◆ Körpergewicht (immer schon schlank, über-/ untergewichtig/ normal, Gewichtsschwankungen)  
\_\_\_\_\_
- ◆ Essstörungen (Schluckstörungen, Kauprobleme)  
\_\_\_\_\_
- ◆ Naschen Sie gerne, wenn ja was?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Benötigen Sie Hilfsmittel für Essen bzw. Trinken (spez. Geschirr, Besteck, Strohalm..)  
\_\_\_\_\_

## 5. Ausscheiden

### *Stuhlgang*

- ◆ Entleerungsgewohnheiten (vor oder nach bestimmten Mahlzeiten, bestimmte Tageszeiten; "Zeitungen")  
\_\_\_\_\_
- ◆ neigen Sie zu  Verstopfung  Durchfall,  Schmerzen bei Stuhlgang
- ◆ Häufigkeit der Entleerung \_\_\_\_\_ X täglich
- ◆ wird  Stuhldrang noch bemerkt oder besteht  Stuhlinkontinenz

### *Urin/ Wasserlassen*

- ◆ Harnausscheidung Gewohnheiten (z.B. gleich nach dem Aufstehen, vor allem nach Kaffeegenuss, immer vor den Mahlzeiten, immer vor dem Verlassen der Wohnung oder vor Teilnahme an Veranstaltungen )  
\_\_\_\_\_
- ◆ häufiger Harndrang/ nächtlicher Harndrang  
\_\_\_\_\_

## 6. Sich kleiden

- ◆ Lieblingskleidung/ Alltagskleidung/ Sonntagskleidung  
\_\_\_\_\_
- ◆ Wäschewechsel wann, wie oft  
\_\_\_\_\_
- ◆ Abneigung/ Vorlieben gegen oder für bestimmte Materialien  
\_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Änderungsstand	Seite
Ref AH	Ref AH / AK Doku	07/2019	2	Seite 4 von 7

- ◆ Was tragen Sie gerne, was haben Sie zu Hause getragen? (Lieblingskleidung - Rock, Hose, Farbe, Schuhe - offen, geschlossen, Haus-, Straßenschuhe); Schmuck?

\_\_\_\_\_

- ◆ Wärmeempfinden - schwitzen oder frieren Sie schnell?

\_\_\_\_\_

## 7. Ruhen und Schlafen

- ◆ Schlafgewohnheiten tagsüber  
Mittagsschlaf (Zeiten, Dauer, im Bett/ auf Sofa/ im Sessel)

\_\_\_\_\_

- ◆ Schlafgewohnheiten nachts  
Aufwachen/ Aufstehen/ Weckrituale

\_\_\_\_\_

- ◆ durchschnittliches Schlafbedürfnis (Dauer): \_\_\_\_\_

- ◆ Nachtruhe ab \_\_\_\_\_ Uhr Aufstehen ca.: \_\_\_\_\_ Uhr

- ◆ Durchschlafen oder mehrfaches Aufwachen/ Aufstehen/ nächtliche Unruhe

\_\_\_\_\_

- ◆ Einschlafrituale (Fernseher, Gebet, Musik, Licht, Schlummertrunk...)

\_\_\_\_\_

- ◆ Schlafmedikamente? Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

- ◆ Lage: Rücken-, Bauch- oder Seitenlage bevorzugt (welche Seite), Oberkörper erhöht, zusätzliche Kissen etc.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ◆ Raumgestaltung (Temperatur, Fenster offen/ geschlossen, hell, dunkel)?

\_\_\_\_\_

- ◆ Kleidung zur Nacht (Schlafanzug, Nachthemd, Unterwäsche, Bettsocken, nackt etc. )

\_\_\_\_\_

- ◆ Wie können Sie am besten entspannen (Musik, Atemgymnastik etc.)?

\_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Änderungsstand	Seite
Ref AH	Ref AH / AK Doku	07/2019	2	Seite 5 von 7

### 8. Tagesgestaltung

- ◆ Was tun Sie gerne:
  - Haushalt (Kochen, backen, aufräumen, Bügeln, Wäsche)
  - Malen / Basteln     Handarbeiten (nähen, stricken, sticken, häkeln)
  - Computer     Tanzen \_\_\_\_\_
  - Musizieren (singen, Instrument spielen) \_\_\_\_\_
  - Arbeiten/ Gartenarbeiten/ handwerkliche Tätigkeiten: \_\_\_\_\_
  - Vereine, Hobbys \_\_\_\_\_
  - Gesellschaftsspiele \_\_\_\_\_
- ◆ Freizeitgestaltung (Radio hören, Fernsehen, Lesen z.B. Bücher, Tageszeitung, Zeitschriften, Geschichten hören, Kino, Kreuzworträtsel, Reisen, Filme, Spaziergänge, Musik, Theater, Essen gehen etc.)  
\_\_\_\_\_
- ◆ Bitte beschreiben Sie auf den nachfolgenden Zeilen so ausführlich wie möglich Ihren Alltag und auch Ihre Gestaltung von Sonn- und Feiertagen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 9. Lebensbiographie

- ◆ Wie erlebten Sie Ihre:  
Eltern / Erziehung, Kindheit, Jugendzeit, Schulzeit  
\_\_\_\_\_  
Geschwister, Reihenfolge  
\_\_\_\_\_  
Erlerner / ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_  
Familie (eigene Familie, Kinder): \_\_\_\_\_  
Besondere Beziehung zu Ehepartner, Kindern, Angehörigen, Freunde?  
\_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Änderungsstand	Seite
Ref AH	Ref AH / AK Doku	07/2019	2	Seite 6 von 7

Welche Erlebnisse in Ihrem Leben haben sie geprägt (positiv / negativ)

---

- ◆ Welche Erwartungen stellen Sie an die Pflege und die Betreuung?  

---
- ◆ Gibt es Informationen (z.B. besondere, Wünsche, Patientenverfügung etc.) die für unsere Arbeit hilfreich sind. Gerne steht Ihnen zu Fragen in diesem Punkt unsere Verwaltung zu Verfügung.  

---
- ◆ Haben Sie liebgewonnene Gegenstände oder Sammelstücke am denen Sie besonders hängen (Teddy, Puppe, Tassen, Bilder...)?  

---
- ◆ ... dann bringen Sie diese doch mit. Damit fällt Ihnen die Eingewöhnung in unserem Haus bestimmt noch leichter. Auch möchten wir Sie bitten, ein kleines Fotoalbum mitzubringen, in denen die wichtigsten Stationen Ihres Lebens im Bild festgehalten wurden.

Die oben genannten Informationen stammen von:

- BewohnerIn  Angehörigen  Freunden  Bekannten  Betreuer

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Für Bewohner\*innen, Betreuer\*innen und Bevollmächtigte:  
Aufgrund Ihrer Angaben erstellen wir eine Pflegedokumentation. Möchten Sie bei der Erstellung der Dokumentation mit einbezogen werden?

- ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mühe.

Das AWO-Team

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Änderungsstand	Seite
Ref AH	Ref AH / AK Doku	07/2019	2	Seite 7 von 7