
Meine Lebensgeschichte

Sehr geehrter Patient / Patientin _____

Sehr geehrte Angehörige / r _____

—

Zur Sicherstellung einer guten Pflege und Betreuung durch unsere Pflegeeinrichtung benötigen wir einige Angaben über ihre / seine Lebensgeschichte.

Die hier gesammelten Informationen sind für unsere Mitarbeiter eine große Hilfe im Umgang mit unserem neuen Bewohner. Desto detaillierter die Angaben zu Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen erarbeitet werden, umso besser können wir auf unsere Bewohner eingehen.

Auch das Wissen über einschneidende Erlebnisse oder bedeutende Lebensabschnitte in der Vergangenheit kann hilfreich sein den Menschen und seine Reaktionen besser zu verstehen. Dies wird um so wichtiger je weniger der Bewohner selbst in der Lage ist, sich sprachlich mitzuteilen und über sich und seine / ihre Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.

Wir bitten Sie folgende Fragen auf dem Formular zu Ihrer Lebensgeschichte nach Ihrem Ermessen zu beantworten. Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich freiwillig und Unterliegen der neuen DS-GVO. Soweit dies möglich ist, wäre es schön, wenn der Bewohner daran beteiligt würde.

Zur Beantwortung von Fragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiter / innen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Unterstützung bei dem Ausfüllen des Formulars erfolgte durch:

Name, Vorname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Datum



Unterschrift

Name des Patienten: _____

Was bewegt Sie im Augenblick? Was sind Ihre Wünsche an uns? Was können wir für Sie tun?

Momentane Lebenssituation: Wohnen / Häuslichkeit

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Großstadt | <input type="checkbox"/> Kleinstadt | <input type="checkbox"/> dörfliche Umgebung |
| <input type="checkbox"/> eigenes Haus | <input type="checkbox"/> lebt bei Verwandten | <input type="checkbox"/> lebt allein / eigener Haushalt |
| <input type="checkbox"/> eigene Wohnung | <input type="checkbox"/> eigenes Zimmer | |

Haben Sie sich schon mal in unbekannter Umgebung verlaufen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Erkennen Sie vertraute Personen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wie strukturieren Sie Ihren Tag? Geben Sie eine kurze Beschreibung

Ängste, Befürchtungen, Abneigungen: Was sollte unbedingt vermieden werden?

Name des Patienten: _____

Bisherigen Lebensgewohnheiten:

- Häusliche Versorgung: ☐ allein ☐ mit Hilfe von: _____
- Übernahme durch: ☐ allein ☐ mit Hilfe von: _____
- Pflegerische Versorgung: ☐ alleine ☐ mit Hilfe der Angehörigen ☐ Ambulanter Pflegedienst
☐ anderer Person

Wahrnehmung:

Gibt es Einschränkungen beim Sehen?

Gibt es Einschränkungen beim Hören?

Gibt es Einschränkungen beim Sprechen?

Was ist die Lieblingsmusik, was sind Lieblingsgeräusche?

Neigt sie / er eher zu Distanz oder Nähe?

Lässt sie/er Körperberührung eher gerne oder weniger gerne zu?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unterhalte mich gerne | <input type="checkbox"/> Höre lieber zu |
| <input type="checkbox"/> bin gerne in Gesellschaft | <input type="checkbox"/> bin lieber alleine |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rechtshänder | <input type="checkbox"/> Linkshänder |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräte rechts | <input type="checkbox"/> Hörgeräte links |

Brille:

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nähe | <input type="checkbox"/> Ferne | <input type="checkbox"/> Leselupe |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitgedächtnis | <input type="checkbox"/> Langzeitgedächtnis vorhanden |
|---|---|

Name des Patienten: _____

Mobilität und Beweglichkeit

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bin gerne unterwegs | <input type="checkbox"/> Besuche gerne Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Gehe regelmäßig spazieren | <input type="checkbox"/> Bewege mich nur in der Wohnung |
| <input type="checkbox"/> Selbstständiger Positionswechsel | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe beim Positionswechsel |
| <input type="checkbox"/> Bleibe im Bett | <input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze |
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen | <input type="checkbox"/> Rollstuhlbenutzer |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhlkissen | <input type="checkbox"/> Rollstuhlgelkissen |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Unterarmgehstöcke |
| <input type="checkbox"/> Stürze in der Vergangenheit | <input type="checkbox"/> Besteht eine Weglauftendenz |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung / en: | Art: _____ |

Lebensgewohnheiten: Selbstversorgung / Körperpflege

Gesicht

- | | | | |
|------------------|--|--|---|
| Waschen | <input type="checkbox"/> täglich 1 x | <input type="checkbox"/> täglich 2 x | <input type="checkbox"/> andere Gewohnheit: _____ |
| | <input type="checkbox"/> mit einem bestimmten Pflegeprodukt: _____ | | |
| Eincremen | <input type="checkbox"/> täglich 1 x | <input type="checkbox"/> täglich 2 x | <input type="checkbox"/> andere Gewohnheit: _____ |
| | <input type="checkbox"/> mit einem bestimmten Pflegeprodukt: _____ | | |
| Schminke | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wie _____ | |
| Zahnpflege | <input type="checkbox"/> täglich 1 x | <input type="checkbox"/> täglich 2 x | <input type="checkbox"/> andere Gewohnheit: _____ |
| | <input type="checkbox"/> mit einem bestimmten Pflegeprodukt: _____ | | |
| Zahnprothese | <input type="checkbox"/> oben | <input type="checkbox"/> unten | |
| | <input type="checkbox"/> 24 Stunden | <input type="checkbox"/> nur am Tag | |
| Nachts einlegen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wohin _____ | |

Oberkörper (Arme, Brustbereich, Rücken)

- | | | | |
|---------|--|--------------------------------------|---|
| Waschen | <input type="checkbox"/> täglich 1 x | <input type="checkbox"/> täglich 2 x | <input type="checkbox"/> andere Gewohnheit: _____ |
| | <input type="checkbox"/> mit einem bestimmten Pflegeprodukt: _____ | | |

Unterkörper (Gesäß, Intimbereich)

- | | | | |
|---------|--|--------------------------------------|---|
| Waschen | <input type="checkbox"/> täglich 1 x | <input type="checkbox"/> täglich 2 x | <input type="checkbox"/> andere Gewohnheit: _____ |
| | <input type="checkbox"/> mit einem bestimmten Pflegeprodukt: _____ | | |

Beine und Füße

- | | | | |
|---------|----------------------------------|---|---|
| Waschen | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> __ x wöchentlich | <input type="checkbox"/> andere Gewohnheit: _____ |
|---------|----------------------------------|---|---|

Name des Patienten: _____

Meine Lebensgeschichte

- ☐ Körperpflege am Waschbecken im Sitzen
- ☐ Körperpflege am Waschbecken im Stehen
- ☐ Ganzkörperpflege im Bett
- ☐ Teilkörperpflege im Bett

Bitte beschreiben Sie die Wünsche und Bedürfnisse

Duschen

☐ nein ☐ ja, wie oft: _____

Besonderheiten: ☐ nein ☐ ja, welche: _____
☐ mit einem bestimmten Pflegeprodukt: _____

Baden

☐ nein ☐ ja, wie oft: _____

Besonderheiten: ☐ nein ☐ ja, welche: _____
☐ mit einem bestimmten Pflegeprodukt: _____

Haarpflege

Haarwäsche Häufigkeit: _____

Besonderheiten: ☐ nein ☐ ja, welche: _____
☐ mit einem bestimmten Pflegeprodukt: _____

anschließend ☐ lufttrocknen ☐ föhnen ☐ Lockenwickler _____

Friseur

☐ nein ☐ ja, in welchen Abständen: _____

☐ intern ☐ extern ☐ eigener Friseur, der ins Haus kommt _____

Name des Patienten: _____

Hautpflege (Eincremen des Körpers)

Cremen ☐ nein ☐ ____ x wtl. ☐ andere Gewohnheit
☐ mit einem bestimmten Pflegeprodukt: _____

Nagelpflege

Fingernägel ☐ kurz ☐ mittellang ☐ lang ☐ lackiert ☐ Kunstnägeln
schneiden ☐ wie oft _____ ☐ selbst ☐ Angehörige ☐ Maniküre
☐ mit einem bestimmten Pflegeprodukt: _____

Temperaturrempfinden

Temperaturrempfinden

☐ ausgeglichen ☐ friere leicht ☐ schwitze oft

Was tun Sie zum Ausgleich? _____

☐ Sauerstoffgerät vorhanden? Firma: _____

Aktuelle Körpergröße: _____

Aktuelles Körpergewicht: _____

Ausscheidung

Haben Sie feste Zeiten für den Gang zur Toilette? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Säubern normalerweise mit ☐ Toilettenpapier ☐ Feuchttücher

Benutzen Sie Inkontinenzmaterial? ☐ Windelhosen ☐ Einlagen

Tagsüber: _____ Nachts: _____

☐ wird selbst gewechselt ☐ wechseln die Angehörige/
Pflegepersonal

Name des Patienten: _____

Meine Lebensgeschichte

Kleidung

Wäschewechsel ☐ täglich ☐ _____

Kleidungswechsel ☐ täglich ☐ ____ x wöchentlich ☐ _____

Bevorzugte Kleidung ☐ normal ☐ sportlich ☐ bequem ☐ elegant
☐ Kurzarm ☐ Langarm ☐ je nach Jahreszeit

Bei Damen bevorzugt ☐ Kleid ☐ Rock ☐ Hose
☐ Socken ☐ Kniestrümpfe ☐ Strumpfhose
☐ Unterhemd o ja o nein ☐ BH o ja o nein

☐ selbständige Entscheidung bei der Kleiderauswahl

☐ Kleidungswechsel wird selbständig vorbereitet und durchgeführt

Essen und Trinken

War sie / er früher eher ☐ schlank ☐ vollschlank ☐ sehr dünn

Tägliche Trinkmenge ☐ 500–1000ml ☐ 1000– 1500ml ☐ 1500– 2000ml

Gewohnte Essenszeiten

1. Frühstück _____ Uhr ☐ üblicher Weise nicht

2. Frühstück _____ Uhr ☐ üblicher Weise nicht

Mittagessen _____ Uhr ☐ üblicher Weise nicht

Vesper _____ Uhr ☐ üblicher Weise nicht

Abendessen _____ Uhr ☐ üblicher Weise nicht

Spätmahlzeit _____ Uhr ☐ üblicher Weise nicht

Essgewohnheiten

Vorlieben ☐ würziges Essen ☐ Süßspeisen ☐ Rohkost

Portionsgrößen ☐ Normal ☐ Groß ☐ Klein

Obst ☐ Nein ☐ Ja, Vorlieben _____

Abneigung _____

Name des Patienten: _____

Meine Lebensgeschichte

Getränke

- ☐ Mineralwasser ☐ Saft ☐ Saftschorle
- ☐ Kaffee, mit ☐ o Milch ☐ o Zucker
- ☐ Kakao ☐ o heiß ☐ o kalt
- ☐ Milch ☐ o heiß ☐ o kalt
- ☐ Tee Sorten: _____
- ☐ Buttermilch

Frühstück

- ☐ Brötchen
- ☐ Brot ☐ Weißbrot ☐ Mischbrot ☐ Vollkorn
- Menge Brot: _____ Scheiben Brötchen: _____ Stück
- ☐ Honig ☐ Marmelade ☐ Käse ☐ Wurst
- ☐ Müsli
- ☐ Kaffee ☐ Kakao ☐ Milch ☐ Tee
- ☐ sonstiges

Vorlieben: _____

Abneigungen: _____

Mittagessen

- ☐ Suppe
- ☐ Fleisch ☐ Fisch ☐ _____
- ☐ Kartoffeln ☐ Nudeln ☐ Reis
- ☐ Gemüse ☐ Salat ☐ Süßspeisen ☐ Nachtisch

Vorlieben: _____

Abneigungen: _____

Vesper

- ☐ Kuchen ☐ Gebäck ☐ eher deftig ☐ Brot

Vorlieben: _____

Abneigungen: _____

Name des Patienten: _____

Abendessen

Menge Brot: _____ Scheiben Brötchen: _____ Stück

o Weißbrot o Mischbrot o Vollkorn

- ☐ Wurst ☐ Käse ☐ Fisch ☐ Kräuterquark
☐ sonstiges

Vorlieben: _____

Abneigungen: _____

Spätmahlzeit

- ☐ Brot, belegt ☐ Kekse ☐ Pudding / Joghurt ☐ Obst

Vorlieben: _____

Abneigungen: _____

Sonstige Besonderheiten zum Essen: _____

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tasse | <input type="checkbox"/> Glas mit Henkel | <input type="checkbox"/> Schnabeltasse |
| <input type="checkbox"/> Besteck wird benutzt | <input type="checkbox"/> Umgang mit Besteck wird abgelehnt | |
| <input type="checkbox"/> Benutzung eines Verbinders bei Nahrungsaufnahme erwünscht | | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme selbständig | <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme unselbständig | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsvorbereitung nötig | <input type="checkbox"/> mundgerechte Vorbereitung der Nahrung | |

Ruhen / Schlafen

Gewohnte Ruhezeiten

Aufstehen _____ Uhr ☐ üblicher Weise nicht

Vormittagsruhe von _____ Uhr bis _____ Uhr ☐ üblicher Weise nicht

Mittagsruhe von _____ Uhr bis _____ Uhr ☐ üblicher Weise nicht

Mittagsruhe von _____ Uhr bis _____ Uhr ☐ üblicher Weise nicht

Zu Bett gehen _____ Uhr

Können Sie durchschlafen? ☐ Ja ☐ Nein

Name des Patienten: _____

Meine Lebensgeschichte

Sind nachts vermehrt Unruhezustände bekannt?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie zu Hause einen Schutz (z.B. Bettgitter) gegen „aus dem Bett fallen“ verwendet?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

Schlafumfeld

☐ Dunkel

☐ Nachtlicht

☐ Licht im Vorraum

Können Sie die tägl. Aktivitäten selbständig gestalten und / oder brauchen Sie Anregung/Anleitung und Unterstützung, beschreiben Sie Ihre Wünsche an uns:

Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

☐ welche gesundheitlichen Einschränkungen liegen vor?

☐ Wie war der Umgang mit eigener Erkrankung / Belastungen?

☐ werden Schmerzzustände geäußert und in welcher Art?

Name des Patienten: _____

Meine Lebensgeschichte

☐ wenn ja, was hilft zur Linderung?

☐ Haben Sie eine Wunde?

Leben in sozialen Beziehungen

Welchen Beruf haben Sie ausgeübt?

Welche Freizeitaktivitäten / Interessen haben Sie bevorzugt?

☐ Sport ☐ Nein ☐ Ja - bevorzugt o Aktiv o Passiv

Sportarten _____

Handarbeit ☐ Nein ☐ Ja - bevorzugt

o stricken o häkeln o nähen o sonstiges

Handwerken ☐ Nein ☐ Ja - bevorzugt

o Holz o Metall o Technik o sonstiges

Hausarbeit ☐ Nein ☐ Ja -bevorzugt

o Kochen o Backen o Wäsche sortieren / zusammenlegen o sonstiges

Haustiere ☐ Nein ☐ Ja, welche _____

Reisen ☐ Nein ☐ Ja, wohin _____

Name des Patienten: _____

Meine Lebensgeschichte

Tagesausflüge ☐ Nein ☐ Ja, wohin _____

Vereinsleben ☐ Nein ☐ Ja o aktiv o passiv

Vereinsart: _____

Gartenarbeit ☐ Nein ☐ Ja

Ausgehen ☐ Nein ☐ Ja o Theater o Tanzen
o _____

Lesen ☐ Nein ☐ Ja - bevorzugt _____

Musik hören ☐ Nein ☐ Ja - bevorzugt _____

Chor / Singen ☐ Nein ☐ Ja

Fernsehen ☐ Nein ☐ Ja - bevorzugt _____

Sport ☐ Nein ☐ Ja - bevorzugt _____

Sammler ☐ Nein ☐ Ja - was _____

Raucher ☐ Nein ☐ Ja

Singen (Gesangsverein) ☐ Nein ☐ Ja

Instrument spielen ☐ Nein ☐ Ja, welches? _____

Besteht eine religiöse Glaubenszugehörigkeit?

☐ Nein ☐ evangelisch ☐ katholisch

lebensprägende Ereignisse / Familie / Persönlichkeit

persönliche Eigenschaften

☐ Modebewusst ☐ Ordnungsliebend ☐ Gesundheitsbewusst

☐ positiv eingestellt ☐ ängstlich, zweifelnd

Name des Patienten: _____

Partnerschaft

☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ zusammenlebend ☐ getrennt lebend

Gibt es besondere Ereignisse, die Ihr Leben beeinflusst haben, sowohl positive, als auch negative? (z.B. Verlust eines Partners, Kriegserlebnisse, Hochzeit des Kindes)

☐ Nein ☐ Nicht bekannt ☐ Ja, bitte kurze Beschreibung

Positive Ereignisse:

Negative Ereignisse:

Sonstige Informationen

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.