

# 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 \_\_\_\_\_

X

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?**

---

---

---

---

---

### 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?

---

Unterhalte mich gerne  Höre lieber zu  
 bin gerne in Gesellschaft  bin lieber alleine

Rechtshänder  Linkshänder  
 Hörgeräte rechts  Hörgeräte links

Brille:  
 Nähe  Ferne  Leselupe

Kurzzeitgedächtnis  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  täglich 1 x  täglich 2 x  andere Gewohnheit: \_\_\_\_\_  
 mit einem bestimmten Pflegeprodukt: \_\_\_\_\_

Eincremen  täglich 1 x  täglich 2 x  andere Gewohnheit: \_\_\_\_\_  
 mit einem bestimmten Pflegeprodukt: \_\_\_\_\_

Schminke  nein  ja, wie \_\_\_\_\_

Zahnpflege  täglich 1 x  täglich 2 x  andere Gewohnheit: \_\_\_\_\_  
 mit einem bestimmten Pflegeprodukt: \_\_\_\_\_

Zahnprothese  oben  unten  
 24 Stunden  nur am Tag  
Nachts einlegen:  nein  ja, wohin \_\_\_\_\_

### Oberkörper (Arme, Brustbereich, Rücken)

Waschen  täglich 1 x  täglich 2 x  andere Gewohnheit: \_\_\_\_\_  
 mit einem bestimmten Pflegeprodukt: \_\_\_\_\_

### Unterkörper (Gesäß, Intimbereich)

Waschen  täglich 1 x  täglich 2 x  andere Gewohnheit: \_\_\_\_\_  
 mit einem bestimmten Pflegeprodukt: \_\_\_\_\_

### Beine und Füße

Waschen  täglich  \_\_\_ x wöchentlich  andere Gewohnheit: \_\_\_\_\_

---

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

- 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  Kunstnägel

schneiden  wie oft \_\_\_\_\_  selbst  Angehörige  Maniküre

mit einem bestimmten Pflegeprodukt: \_\_\_\_\_

## Temparaturempfinden

### Temperatorempfinden

ausgereglichen  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

### Kleidung

Wäschewechsel	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> _____		
Kleidungswechsel	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> _____ x wöchentlich	<input type="checkbox"/> _____	
Bevorzugte Kleidung	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> sportlich	<input type="checkbox"/> bequem	<input type="checkbox"/> elegant
	<input type="checkbox"/> Kurzarm	<input type="checkbox"/> Langarm	<input type="checkbox"/> je nach Jahreszeit	
Bei Damen bevorzugt	<input type="checkbox"/> Kleid	<input type="checkbox"/> Rock	<input type="checkbox"/> Hose	
	<input type="checkbox"/> Socken	<input type="checkbox"/> Kniestrümpfe	<input type="checkbox"/> Strumpfhose	
	<input type="checkbox"/> Unterhemd	<input type="checkbox"/> o ja	<input type="checkbox"/> BH	<input type="checkbox"/> o ja
		<input type="checkbox"/> o nein		<input type="checkbox"/> o nein

selbständige Entscheidung bei der Kleiderauswahl

Kleidungswechsel wird selbständig vorbereitet und durchgeführt

### Essen und Trinken

War sie / er früher eher	<input type="checkbox"/> schlank	<input type="checkbox"/> vollschlank	<input type="checkbox"/> sehr dünn
Tägliche Trinkmenge	<input type="checkbox"/> 500–1000ml	<input type="checkbox"/> 1000–1500ml	<input type="checkbox"/> 1500–2000ml

### Gewohnte Essenszeiten

1. Frühstück	_____ Uhr	<input type="checkbox"/> üblicher Weise nicht
2. Frühstück	_____ Uhr	<input type="checkbox"/> üblicher Weise nicht
Mittagessen	_____ Uhr	<input type="checkbox"/> üblicher Weise nicht
Vesper	_____ Uhr	<input type="checkbox"/> üblicher Weise nicht
Abendessen	_____ Uhr	<input type="checkbox"/> üblicher Weise nicht
Spätmahlzeit	_____ Uhr	<input type="checkbox"/> üblicher Weise nicht

### Essgewohnheiten

Vorlieben	<input type="checkbox"/> würziges Essen	<input type="checkbox"/> Süßspeisen	<input type="checkbox"/> Rohkost
Portionsgrößen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Groß	<input type="checkbox"/> Klein
Obst	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Vorlieben _____	
Abneigung	_____		

<b>Getränke</b>	<input type="checkbox"/> Mineralwasser	<input type="checkbox"/> Saft	<input type="checkbox"/> Saftschorle
	<input type="checkbox"/> Kaffee, mit <input type="radio"/> Milch <input type="radio"/> Zucker		
	<input type="checkbox"/> Kakao <input type="radio"/> heiß <input type="radio"/> kalt		
	<input type="checkbox"/> Milch <input type="radio"/> heiß <input type="radio"/> kalt		
	<input type="checkbox"/> Tee Sorten: _____		
	<input type="checkbox"/> Buttermilch		
 <b>Frühstück</b>	<input type="checkbox"/> Brötchen		
	<input type="checkbox"/> Brot <input type="checkbox"/> Weißbrot <input type="checkbox"/> Mischbrot <input type="checkbox"/> Vollkorn		
	Menge Brot: _____ Scheiben	Brötchen: _____ Stück	
	<input type="checkbox"/> Honig <input type="checkbox"/> Marmelade <input type="checkbox"/> Käse <input type="checkbox"/> Wurst		
	<input type="checkbox"/> Müsli		
	<input type="checkbox"/> Kaffee <input type="checkbox"/> Kakao <input type="checkbox"/> Milch <input type="checkbox"/> Tee		
	<input type="checkbox"/> sonstiges		
Vorlieben:	_____		
Abneigungen:	_____		
 <b>Mittagessen</b>	<input type="checkbox"/> Suppe		
	<input type="checkbox"/> Fleisch <input type="checkbox"/> Fisch <input type="checkbox"/> _____		
	<input type="checkbox"/> Kartoffeln <input type="checkbox"/> Nudeln <input type="checkbox"/> Reis		
	<input type="checkbox"/> Gemüse <input type="checkbox"/> Salat <input type="checkbox"/> Süßspeisen <input type="checkbox"/> Nachtisch		
Vorlieben:	_____		
Abneigungen:	_____		
 <b>Vesper</b>	<input type="checkbox"/> Kuchen <input type="checkbox"/> Gebäck <input type="checkbox"/> eher deftig <input type="checkbox"/> Brot		
Vorlieben:	_____		
Abneigungen:	_____		

## Abendessen

Menge Brot: \_\_\_\_\_ Scheiben Brötchen: \_\_\_\_\_ Stück

Weißbrot  Mischbrot  Vollkorn

- Wurst  Käse  Fisch  Kräuterquark
- sonstiges

Vorlieben:

---

Abneigungen:

---

## Spätmahlzeit

Brot, belegt  Kekse  Pudding / Joghurt  Obst

Vorlieben:

---

Abneigungen:

---

Sonstige Besonderheiten zum Essen:

- 
- 
- Tasse  Glas mit Henkel  Schnabeltasse
- Besteck wird benutzt  Umgang mit Besteck wird abgelehnt
- Benutzung eines Vorbinders bei Nahrungsaufnahme erwünscht
- Nahrungsaufnahme selbstständig  Nahrungsaufnahme unselbstständig
- Nahrungsvorbereitung nötig  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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Tagesausflüge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wohin _____		
Vereinsleben	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="radio"/> aktiv	<input type="radio"/> passiv
		Vereinsart: _____		
Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Ausgehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="radio"/> Theater	<input type="radio"/> Tanzen
			<input type="radio"/> _____	
Lesen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - bevorzugt _____		
Musik hören	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - bevorzugt _____		
Chor / Singen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Fernsehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - bevorzugt _____		
Sport	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - bevorzugt _____		
Sammler	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - was _____		
Raucher	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Singen (Gesangsverein)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Instrument spielen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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

---

---

---

Wie strukturieren Sie Ihren Tag? Geben Sie eine kurze Beschreibung mit Uhrzeiten an, damit wir uns umso besser daran orientieren können.