

Um eine optimale pflegerische Versorgung zu gewährleisten, benötigen wir als Pflegeeinrichtung Informationen über biographische Daten, Gewohnheiten und über den notwendigen Hilfebedarf des Bewohners.

Bitte nehmen Sie sich Zeit, um den Bogen so ausführlich wie möglich auszufüllen!  
 Vielen Dank!

Familiäre Situation:

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
aufgewachsen in:	
bisheriger Lebensraum	<input type="checkbox"/> Gemeinde <input type="checkbox"/> Kleinstadt <input type="checkbox"/> Großstadt <input type="checkbox"/> in Familie lebend <input type="checkbox"/> allein lebend
besondere Beziehung zu	<input type="text"/>
jetzige Möglichkeiten / bisherige Bewältigungs- formen / Wünsche / Bedürfnisse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Bestehen Kontakte zu Familienangehörigen und Freunden? Regeln Sie Ihre Angelegenheiten selber oder haben Sie eine andere Person dafür, wenn ja, welche? Besteht ein gesetzlich bestimmter Betreuer (Betreuerausweis) oder besteht ein Bevollmächtigter (Vorsorgevollmacht)?

Betreuer/Bevollmächtigter: (Name, Anschrift)	<input type="text"/>
Lebenspartner	<input type="text"/>
Kinder <input type="checkbox"/> ja Anzahl	<input type="text"/>
besondere Beziehung zu	wohnen alle / teils <input type="checkbox"/> am Ort <input type="checkbox"/> in der Nähe <input type="checkbox"/> weit weg <input type="text"/>
weitere Angehörige / Geschwister	<input type="text"/>
besondere Beziehung zu	<input type="text"/>



sonstige / Bemerkungen	
jetzige Möglichkeiten	
Wünsche / Bedürfnisse	

**Gesundheits- / Ernährungshistorie:**  
 Gemeinsames Ausfüllen des Blattes „Bewohnerbefragung zur Speiserversorgung“  
 (Ist eine bestimmte Vorbereitung der Speisen notwendig? Lieblingsessen? Abneigungen?  
 Trinkmenge pro Tag? Lieblingsgetränk? Abneigungen? Isst und trinkt selbst oder benötigt  
 Hilfestellung? Welche? Zahnprothesen? Nahrungsmittelallergie? Spezielle Diät? PEG –  
 Sonde? Wo soll das Essen eingenommen werden?)


**Lebensweise:** (Vorlieben / Abneigungen / Ideale Ziele / Moralvorstellungen / Werte)

**Ruhen und Schlafen**  
 (Welche Zeiten und Gewohnheiten beim zu Bett gehen und aufstehen bestanden daheim?  
 Ruhepausen wann/ wo z.B. Mittagsschlaf? Im Sessel, im Bett; schläft ruhig/ unruhig, steht  
 nachts allein auf, muss nachts öfter auf die Toilette? Welche Schlafgewohnheiten? z.B. bei  
 Licht, mit offenem Fenster, Heizung an/ aus? Prothese über Nacht drin/ raus? Getränke?)


**Körperpflege**  
 (Wäscht sich selbst oder benötigt Hilfestellung? Badet oder duscht? Wann, wie oft? Ge-  
 wohnheiten? Mit (sehr) warmen oder lauwarmen Wasser waschen? Kann (sich) selbst rasie-  
 ren / Haare kämmen / Mund- / Zahnprothesenpflege durchführen? Spezielle Seife Cremes?  
**Hinweis: Pflegemittel sind selbst zu tragen und zu besorgen!**)


**Hautpflege**  
 (Hautzustand: trockene Haut, schuppige Haut, offene Hautstellen? Druckgeschwüre? Wo?  
 Hautallergie und Unverträglichkeiten? z.B. Wespenstiche, Lebensmittel oder Medikamente?)


Pflegezentrum „An der Warnow-Klinik“ Am ForsthoF 3 18246 Bützow	Stationäre Pflege Formblatt	
Nr. 27 Biographiebogen/ Gewohnheiten und Bedürfnisse des Bewohners		

**An- und Auskleiden**

(Zieht sich selbst an und aus oder benötigt Hilfestellung? Welche? Lieblingskleidung? Gewohnheiten: Wechselt häufig die Kleidung? u.a.)


**Ausscheidung Stuhlgang**

(Besonderheiten? Künstlicher Darmausgang? Abführmittel? Rhythmus? Unkontrollierter Stuhlabgang?

Geht selbst auf die Toilette? Benötigt Hilfestellung? Welche Hilfsmittel werden benötigt?)


**Ausscheidung Urin**

(Besonderheiten? Dauerkatheter? Unkontrollierter Urinabgang? Geht selbst auf die Toilette? Benötigt Hilfestellung? Welche Hilfsmittel werden benötigt?)


***Hinweis: Wenn noch Inkontinenzmaterial vorhanden ist, bitten wir darum, dieses mitzubringen, weitere Bestellungen laufen über das Pflegezentrum!***

**Bewegen**

(Kann ohne Hilfe gehen und stehen? Benötigt beim Gehen Hilfestellung? Kann Treppen steigen: ja/ nein? Liegen Kontraktoren vor? Wenn ja, wo? Sind Unterarmgehstützen, Rollstuhl, Gehstock oder Rollator erforderlich? Kann sich mit Rollstuhl selbstständig fortbewegen oder benötigt Hilfestellung? Geht der Bewohner gern spazieren? Hilfsmittel privat: ja/ nein, Hilfsmittel Kasse: ja/ nein)


**Sehen**

(Brille? Kontaktlinsen? Sehvermögen? Sieht alles klar und deutlich? Analphabet?)


### Hören

(Hörgerät? Hörvermögen? Hört alle Geräusche in unmittelbarer Umgebung: ja/ nein? Ist geräuschempfindlich?)


### Sprache

(Sprachvermögen: spricht alles klar und deutlich ja/ nein? Bei nein, kann von den Lippen ablesen?)


### Orientierung

(zeitlich: kennt Uhrzeit/ Tag/ Jahreszeit? persönlich: kennt seinen Namen/ Namen der Angehörigen? örtlich: kennt Adresse seines Aufenthaltsortes? Liegen sonstige Störungen vor? Wenn ja, welche? z.B. Verwirrtheitszustände)


### Existenzielle Erfahrungen:

(z.B. wichtige Lebensereignisse, die den Bewohner besonders beschäftigen? ggf. auf Extrablatt)

Lebenseinstellung:  positiv  negativ

Erinnerungen an positiv empfundene Ereignisse	
Erinnerungen an negativ empfundene Ereignisse	
Welche Bedeutung haben diese Erfahrungen heute?	

### Sicherheit

Sind nächtliche Kontrollgänge gewünscht?  
Soll nachts das Zimmer verschlossen werden?  
Muss die Medikamenteneinnahme überwacht werden?  
Sind Sie in letzter Zeit häufig gestürzt?  
Welche Gründe waren ausschlaggebend hierfür?

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Besteht Weglauftendenz beim Bewohner? ja  nein   
 Wenn ja, in welchen Situationen (Angst, Stress, Erinnerungen)?

Patientenverfügung vorhanden? ja  nein   
 Informationen und das Formular können in der Verwaltung erfragt werden.

**Bestehen folgende Erkrankungen?** ja  nein   
 Diabetes Mellitus ja  nein   
 Insulinpflichtig ja  nein   
 Herzschrittmacher ja  nein   
 Ernährungssonde (PEG) ja  nein   
 Luftröhrenschnitt (Trachealkanüle) ja  nein   
 Epileptiker ja  nein   
 Dekubitus (Druckgeschwür) ja  nein   
 Wenn ja, wo?

andere Wunden ja  nein   
 Wenn ja, wo?

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja  nein   
 Wenn ja, welche?

Frühere Erkrankungen und Operationen? ja  nein   
 Wenn ja, wann, welche?

Physiotherapeutische Behandlung vorhanden? ja  nein   
 Ergotherapeutische Behandlung vorhanden? ja  nein   
 Logopädische Behandlung vorhanden? ja  nein

Zusätzliche Angebote  
 Die Fußpflege und der Friseur kommen nach Bedarf und werden auf Wunsch vom Pflegepersonal vermittelt.  
 Terminabsprache mit dem Personal oder den Dienstleistern direkt.  
 Wir danken für Ihre Mithilfe!

Datum:.....Unterschrift:.....