



Alten- und Pflegeheim
Betriebs GmbH
Stefan Mayer & Alois Reif
Tel.: 08051/ 963960
Fax: 08051/96396222

Biografiebogen

Geltungsbereich:

Marinushof
Buchenringstraße 6-8
83125 Eggstätt
Tel.:08056/90220
Fax:08056/902220

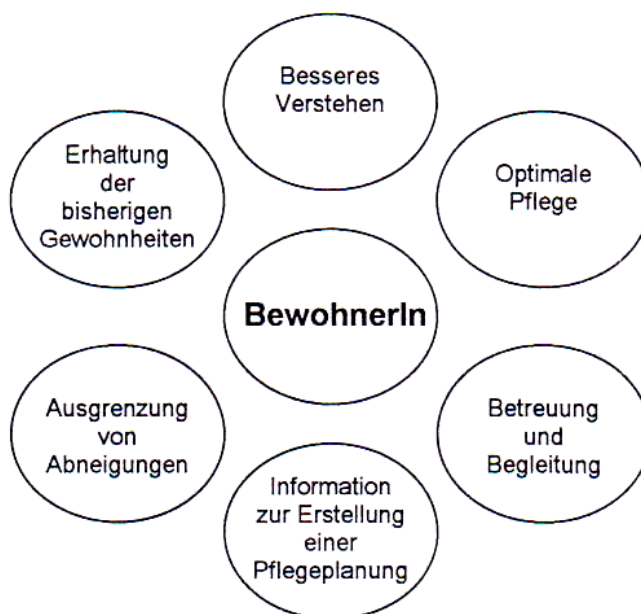
1.1 Biografieblatt

Liebe Kunden!

Zur besseren Zusammenarbeit mit unseren Kunden, Angehörigen, MitarbeiterInnen und Ärzten, bitten wir Sie uns bei der Erstellung einer Biographie behilflich zu sein.

Bitte füllen Sie beiliegenden Biographiebogen, soweit möglich oder von Ihnen gewünscht aus.

Durch ihre Mitarbeit erhoffen wir uns:



Vielen Dank für Ihre Bemühungen
und Zusammenarbeit!

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:**Geburtsort:**.....

Familienstand:.....

Aufgewachsen in:.....

Bisheriger Wohnort:.....

Schulabschluss:

erlernter Beruf:.....

ausgeübter Beruf:.....

Waren Sie in Ihrem Berufsleben zufrieden?.....

Hätten Sie gerne einen anderen Beruf erlernt?.....

Name und Anzahl der Geschwister:

.....

.....

Name und Anzahl der Kinder:.....

.....

.....

Name und Anzahl der Enkelkinder:.....

.....

.....

.....

Bestehen zu oben genannten Personen noch Kontakte? Wenn ja zu welchen:

.....

.....

Wer soll im Notfall informiert werden?

.....

Bestehen noch Kontakte zu Bekannten und Freunden? Wenn ja zu welchen:
(Gegebenenfalls Name und Adresse)

.....
.....
.....

Benötigen Sie Hilfe bei der Kontaktaufnahme zu Familien, Freunden, Nachbarn, Bekannten? ja nein

Welche Art von Hilfe wünschen Sie sich?.....

.....

Wie würden Sie sich selbst beschreiben (mehrere Antworten möglich)?

- Humorvoll** **Temperamentvoll** **Ruhig** **Ausgeglichen**
 Ängstlich **Zurückgezogen** **Aktiv**

Sind Sie gerne in Gesellschaft?

- Ja** **Nein**

Wenn ja, welche Gruppengröße sagt Ihnen eher zu

- bis zu 5 Personen** **mehr als 5 Personen** **egal**

Ist es für Sie leicht Kontakte zu schließen?

- Ja** **Nein**

Freizeitgestaltung und frühere Interessen:.....

.....
.....
.....

Welche möchten oder können Sie heute noch ausüben?.....

.....
.....
.....

Wie sah Ihr Tagesablauf zu Hause aus?.....

.....
.....

Welche persönlichen Dinge sind Ihnen wichtig (Lieblingssessel, diverse Gegenstände, Fotos etc.)

.....

Welche Vorlieben haben Sie in Bezug auf:

Essen/Trinken:.....

Musik:.....

Kleidung:.....

Haustiere/ Tiere allgemein:.....

Sonstiges:.....

.....

Welche Abneigungen haben Sie in Bezug auf:

Essen und Trinken:.....

Musik:.....

Kleidung:.....

Haustiere/Tiere:.....

Sonstiges:.....

.....

Essen Sie regelmäßig und haben Sie Appetit?

ja nein

Trinken Sie gerne und wie viel in etwa?

Gibt es Unverträglichkeiten beim Essen und Trinken?

.....

Haben Sie Schlafschwierigkeiten?

ja nein

Wann stehen Sie morgens auf?.....

Wann gehen Sie abends zu Bett?.....

Halten Sie gerne einen Mittagsschlaf? Ja Nein

Baden oder Duschen Sie lieber?.....

Wie häufig Baden oder Duschen Sie in der Woche?.....

Welche Pflegeprodukte bevorzugen Sie?.....

Gibt es Pflegemittel auf die sie allergisch reagieren?.....

Rasieren Sie sich trocken oder nass?.....

Wie oft rasieren Sie sich?.....

Haben Sie noch eigene Zähne? Ja Nein

Tragen Sie Zahnprothesen, wenn ja wo
.....

Sollen die Prothesen auch nachts im Mund verbleiben? Ja Nein

Erfolgt die Prothesenreinigung mit Zahnbürste oder mit Brausetabletten?.....
.....

Benützen Sie Haftcreme? Ja Nein

Leiden Sie unter einer Sehbeeinträchtigung? (Augenkrankheit) Ja Nein

Wenn ja unter welcher?
.....

Tragen Sie eine Sehhilfe? Ja Nein

Fernbrille? Ja Nein

Nah-Lesebrille? Ja Nein

Gleitsichtbrille? Ja Nein

Sonstiges?.....

Wann und bei wem war Ihr letzter Augenarzttermin?
.....

Wer war Ihr bisheriger Augenoptiker?.....

Wann wurde die Brille zum letzten mal überprüft?.....

Benötigen sie Hilfe beim Toilettengang? Ja Nein

Sind Harninkontinent? Ja Nein

Sind sie Stuhlinkontinent? Ja Nein

Werden Pflegeprodukte von ihren Angehörigen besorgt oder soll das Heim sich darum kümmern?

.....

Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt? Ja Nein

Wenn ja, wie oft?.....

Leiden Sie unter chronischen Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art?.....

Nehmen sie schmerzlindernde Medikamente? Ja Nein

Wenn ja welche und wie lange bereits?.....

.....

Gehören Sie einer Religion oder Glaubensgemeinschaft an? Wenn ja welcher?.....

.....

Gibt es diesbezüglich besondere Wünsche?.....

.....

.....

Gibt es besondere Schicksalsschläge über die Sie jetzt oder später mit uns reden möchten?

.....

.....

Denken Sie wir sollten sonst noch etwas über Sie wissen?.....

.....

.....

Erstellt am:..... **von:**.....

Freigabe von:	Datum :	Bearbeiter:	Änderungsstand	Seite
Heidi Mittendorfer- Wierer	26.01.2026	Heidi Mittendorfer- Wierer	6	6