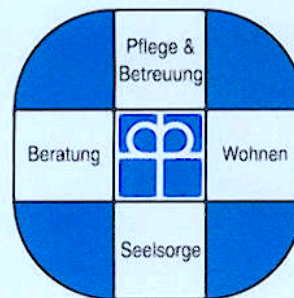


EVANGELISCHE ALTENHILFE MÜLHEIM AN DER RUHR

gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung



Haus Ruhrgarten • Mendener Str. 106 • 45470 Mülheim an der Ruhr
Telefon (02 08) 9 95 13-0 • FAX (02 08) 9 95 13-55

Angaben zur Biographie

Sehr geehrte Bewohner
und Gäste unserer Einrichtung,
verehrte Angehörige!

Mit nachfolgendem Fragebogen wenden wir uns an Sie mit der Bitte um Mitwirkung.

Die Angaben zu Person und Leben der Bewohner und Gäste unserer Einrichtung, die mittels dieses Bogens gesammelt werden sollen, sind für die Mitarbeiter unseres Hauses eine große Hilfe im Umgang mit dem jeweiligen Menschen. So kann der neuen Bewohnerin/ dem neuen Bewohner/ dem Gast gerade die Zeit des Einlebens oft schon durch kleine Dinge erleichtert werden, wenn die Mitarbeiter z.B. um Gewohnheiten, Vorlieben oder Abneigungen der Person wissen und darauf eingehen können.

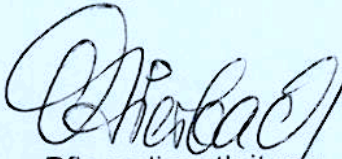
Auch das Wissen um einschneidende Erlebnisse oder bedeutende Lebensabschnitte in der Vergangenheit kann hilfreich sein, die Person und ihr gegenwärtiges Verhalten besser verstehen zu können. Dies gilt umso mehr, je weniger sie selbst in der Lage ist, sich sprachlich mitzuteilen und über sich und die eigene Person zu sprechen.

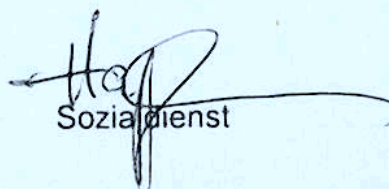
Das Ausfüllen des Fragebogens ist *selbstverständlich freiwillig*.
Machen Sie nur die Angaben, die Sie tatsächlich geben möchten.

Für Rückfragen steht Ihnen der Soziale Dienst unseres Hauses gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Evangelische Altenhilfe
Mülheim an der Ruhr
gGmbH


Pflegedienstleitung


Sozialdienst

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Wilfried Kocks - Geschäftsführer: Oskar Dierbach, Peter Steinbach

Sitz: Mülheim an der Ruhr, Amtsgericht Duisburg HRB 14296

Girokonten: **101112010** bei der KD-Bank eG Duisburg (BLZ 350 601 90)

300064850 bei der Sparkasse Mülheim an der Ruhr (BLZ 362 500 00)

ANGABEN ZUR BIOGRAPHIE

Name und Geburtsname

der Bewohnerin/ des Bewohners/ des Gastes:

Heimat-/ Wohnorte:

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

Geburtsdatum, Geburtsort:

Name der Eltern:

Beruf der Eltern:

Wann sind die Eltern verstorben :

Geschwister (Name; Geburtsdatum; Wohnort; falls verstorben, wann?)

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

Partnerschaft

Aktueller Familienstand:

- ledig
- verheiratet (falls ja, Name des Ehepartners und Jahr der Heirat)

- nichteheliche Lebensgemeinschaft (ggf. Name des Partners)

- verwitwet (falls ja, Name des verstorbenen Partners, Jahr der Heirat, wann verstorben)

- geschieden (ggf. Name des geschiedenen Partners, Jahr der Scheidung)

Kinder (Name; Geburtsdatum; Wohnort; falls verstorben, wann?)

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

Berufstätigkeit (wenn ja, Art der Tätigkeit, evtl. Ausbildung, Dauer der Tätigkeit)

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

Konfession

- evangelisch
- katholisch
- sonstiges

Haben Sie Gottesdienste besucht?

- regelmäßig
- häufig
- selten
- nie

Möchten Sie heute gern an
Gottesdiensten und Andachten
teilnehmen?

.....

Wie wichtig ist Ihnen
Religion und Glaube?

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

Ist in der Sterbephase geistlicher,
oder Beistand anderer
Personen erwünscht?

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

1. Kommunizieren können:

Werden Hilfsmittel benötigt?
(z.B. Brille, Hörgerät)

Sind Sie jemand, der gerne redet,
oder eher ein stiller Mensch?

Welche Themen interessieren Sie
in einer Unterhaltung?
(z.B. Sport, Kochen, Haustier usw.)

2. Sich bewegen können:

Haben Sie sich gerne
körperlich betätigt/ Sport betrieben?

Bestehen Wünsche?
(z.B. wieder laufen können)

Werden Hilfsmittel benötigt?
(z.B. Gehstock, Rollstuhl)

3. Vitale Funktionen aufrechterhalten:

Leiden Sie an dauerhaften
Erkrankungen? Welche?

Haben Sie regelmäßig
Medikamente eingenommen?
Wenn ja- zu welchen Zeiten/
welche Konsistenz/
mit oder ohne Flüssigkeit?

4. Sich pflegen können:

Haben Sie geduscht? Gebadet?
Haare gewaschen-
wann und wie oft?

Ganzkörperwäsche-
wann und wie oft?

Regelmäßige Fußbäder?

Zahn- / Prothesenpflege- wann?
Wurden die Prothesen
nachts im Mund behalten?

Regelmäßige Rasur?

Benutzen Sie Hautlotionen-
wann und welche Marke?

Regelmäßige Frisörgänge?

Benutzen Sie Duftstoffe/ Make-Up
wie z.B. Deo-Lippenstift -
wann und welche Marke?

In welchen Zeitabständen
wurden die Fuß- und Fingernägel
gepflegt? Lackiert?

Wie wichtig ist Ihnen
Körperpflege als Ganzes?

Nach welchen Pflegeaktivitäten
Fühlen Sie sich besonders wohl/
entspannt?

Weitere Bemerkungen:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Essen und Trinken können:

Was essen und trinken
Sie gerne, was nicht?

Welche Richtung,
süß/ sauer/ salzig?

Welche Portionsgröße
wird bevorzugt?

Zu welchen Zeiten
haben Sie gegessen?

Welche Kostform wird
bevorzugt?
(z.B. klein geschnitten, passiert)

Nächtliches Trinken oder Essen?

Legen Sie besonderen Wert auf
Ihre Figur?

6. Ausscheiden können:

Häufige WC-Gänge, auch nachts?

Benutzen Sie Inkontinenz-Artikel?

Neigen Sie zur Verstopfung-
Wenn ja, wie haben Sie sich
geholfen?

Werden Hilfsmittel wie z.B.
ein WC-Stuhl oder
Urinflaschen benötigt?

7. Sich kleiden können:

Welche Kleidung bevorzugen Sie?
(welche Farben/ Art,
warm, luftig, bequem?)

.....
.....

Welche Schuhe werden gerne
getragen (in der Wohnung?)

.....

8. Ruhen und schlafen:

Wie sind ihre Schlafgewohnheiten,
wann und wo - frühes Erwachen
oder lange Abende?

.....
.....

Leiden Sie unter Schlafstörungen?
Einschlaf oder Durchschlaf?

.....

Was hat Ihnen beim Ein- / Schlafen
geholfen?

.....

9. Sich beschäftigen:

Womit beschäftigen Sie sich gerne/ welche Hobbys? (z.B. Spazieren,
Handarbeit/Handwerken, TV und Radio - wenn ja, welche Richtung)

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

Womit beschäftigen Sie sich überhaupt nicht gerne?

.....
.....

Können Sie sich vorstellen, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen? (z. B. Zeitungsrunde,
Singen, Rätseln)

.....
.....

10. Sich als Mann/Frau fühlen:

Wie definieren Sie ihre Rolle als Mann/Frau? (z.B. Mutter, Hausfrau, Arbeiter)

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

11. Für Sicherheit sorgen:

Was ist für Sie wichtig, um sich sicher zu fühlen?

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

Sind Sie ein risikofreudiger Mensch oder eher nicht?

.....
.....

12. Soziale Bereiche des Lebens?

Bestehen Kontakte zu anderen Mitmenschen, und möchten Sie diese aufrechterhalten?
(z.B. Familie, Freunde, Bekannte)

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

Besteht zu einer dieser Personen eine besonders gute Beziehung?

.....

Sind Sie gerne unter Menschen oder leben Sie lieber zurückgezogen?

.....

13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen:

Gibt es in Ihrem Leben einschneidende/ prägende Ereignisse? (z.B. Verlust des Partners/
Krieg)- Welche Bedeutung haben diese heute noch?

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

**Für den Fall der Heimaufnahme:
einige Fragen, die das beiderseitiges Umgehen miteinander erleichtern.**

Gibt es Probleme mit der Orientierung?

- nein ja wenn ja, seit wann?
 zeitlich örtlich zur Situation zur Person

Bemerkungen:

.....
.....

Worauf möchten Sie künftig auf keinen Fall verzichten?

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

Was erwarten Sie von den Mitarbeitern unserer Einrichtung?

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

Möchten Sie aktiv an der Gestaltung des Heimalltags mitwirken (z.B. Heimbeirat)?

.....

Inwieweit wollen, können, sollen Ihre Angehörigen das Leben im Hause mitgestalten?

.....
.....

Sonstiges:

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

*Die Angaben zur Biographie
wurden gemacht am:*

.....

von:

.....

Bemerkung:

.....
.....