

Biografiebogen für: _____

*Dies ist ein optionaler Ergänzungsbogen zur pflegerischen Anamnese

Sehr geehrte Angehörige,

bitte nehmen Sie sich etwas Zeit um diesen Bogen auszufüllen. Er enthält Informationen, die dabei helfen können, Ihre Angehörigen besser zu verstehen und dadurch Pflege und Betreuung zu erleichtern.

Name/Rufname/Mädchenname	Familienstand Religion Herkunft/Heimat Muttersprache/Dialekt
Name der betreuenden Person/Verhältnis zur Person (Art der Betreuung):	Im Notfall zu verständigen: Name: Telefonnummer: <input type="checkbox"/> rund um die Uhr <input type="checkbox"/> nur von bis
Gewohnheiten im aktuellen Tages- Nachtlauf Ihres Angehörigen? Morgens: (z. B. Aufstehzeiten, Frühstück, Ausscheidung) Mittags: (z.B. Ruhepause) Abends: (z. B. Getränke, Rituale, zu Bett geh Zeit, Schlafgewohnheiten)	
Fähigkeiten, Stärken, besondere Talente oder ehemaliger Beruf; besondere Lebensereignisse (prägende oder schöne), Ängste, die Einfluss auf den Tagesablauf/Verhalten haben	

Biografiebogen für: _____

*Dies ist ein optionaler Ergänzungsbogen zur pflegerischen Anamnese

Einschränkung Sehen <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Brille vorhanden	Einschränkung Hören <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Hörgeräte vorhanden
Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist <input type="checkbox"/> weitgehend erhalten <input type="checkbox"/> kurze Fragen werden verstanden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt vorhanden (auf prägnante Worte) <input type="checkbox"/> Sprachverständnis fehlt <input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden	
Sprach- und Sprechfähigkeit ist ... <input type="checkbox"/> weitgehend erhalten <input type="checkbox"/> kurze Sätze können gebildet werden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z. B. einzelne Worte Nicht möglich weil:	
Umgang mit Nähe und Distanz: Der Patient <input type="checkbox"/> reagiert positiv auf Körperkontakt <input type="checkbox"/> hält lieber Distanz <input type="checkbox"/> kann abrupt ablehnend reagieren, wenn	Besteht Hinlauf-/ Weglauftendenz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche ja, welche Maßnahmen sorgen für Ablenkung:
Gewohnheiten im Tagesverlauf: morgens(z.B. zuerst Frühstück) mittags (z.B. Ruhepause) abends (z.B. Getränk, Rituale,)	Sonstige Gewohnheiten die beachtet werden sollten: Zur Entspannung: Zum Einschlafen: In Stresssituationen:

Biografiebogen für: _____

*Dies ist ein optionaler Ergänzungsbogen zur pflegerischen Anamnese

	In Pflegesituationen:
<p>Verhalten</p> <p>Wünsche und Vorlieben:</p> <p>Ärger/Abwehrendes Verhalten bei </p> <p>Angst bei: </p>	
<p>Essen und Trinken</p> <p><input type="checkbox"/> trinkt/isst selbständig</p> <p><input type="checkbox"/> erkennt Getränke/Essen</p> <p><input type="checkbox"/> trinkt/isst gerne:</p> <p><input type="checkbox"/> braucht Ansprache / Erinnerung</p> <p><input type="checkbox"/> isst mit Besteck/Fingern</p> <p><input type="checkbox"/> Gebiss vorhanden</p> <p><input type="checkbox"/> Essen/Trinken stets anreichen</p> <p><input type="checkbox"/> tägliche Trinkmenge ml</p> <p><input type="checkbox"/> hochkalorische Nahrung</p> <p><input type="checkbox"/> Risiken (z.B. verschlucken)</p> <p><input type="checkbox"/> Bevorzugte Speisen/Getränke</p>	<p>Mobilität</p> <p><input type="checkbox"/> geht sicher</p> <p><input type="checkbox"/> geht sicher mit Hilfsmittel</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Gehstock</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Walking Stöcke <input type="checkbox"/> Rollator</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> in Begleitung</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> hoher Gehwagen</p> <p><input type="checkbox"/> Patient vergisst Hilfsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> Patient ist sturzgefährdet</p> <p><input type="checkbox"/> Sturzereignis in letzter Zeit Datum:</p> <p><input type="checkbox"/> Sturz mit Verletzungsfolgen Welche:</p>

Biografiebogen für: _____

*Dies ist ein optionaler Ergänzungsbogen zur pflegerischen Anamnese

<p><input type="checkbox"/> Abneigung / Allergien / Unverträglichkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfestellung bei</p>	<p>Besonderheiten:</p>
<p>Körperpflege / An- und Auskleiden</p> <p><input type="checkbox"/> führt die Körperpflege selbständig durch</p> <p><input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Zeitpunkt der Körperpflege:</p> <p><input type="checkbox"/> Häufigkeit der Körperpflege:</p> <p><input type="checkbox"/> Lieblingskleidungsstück</p> <p><input type="checkbox"/> Besonderheiten</p>	<p>Ausscheidung/ Toilettengänge</p> <p><input type="checkbox"/> führt die Ausscheidung selbständig durch</p> <p><input type="checkbox"/> Kontrolle der Blase</p> <p><input type="checkbox"/> Kontrolle des Darms</p> <p><input type="checkbox"/> erkennt Toilette</p> <p><input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung bei:</p> <p><input type="checkbox"/> feste Toilettenzeiten</p> <hr/> <p>Hilfsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken</p> <p><input type="checkbox"/> Einlagen</p> <p><input type="checkbox"/> Besonderheiten:</p>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung