

Sehr geschätzte BewohnerInnen! Sehr geschätzte Angehörige!

Im Haus für Senioren stehen

Sie im Zentrum.

Name: _____

Datum: _____

Die Basis für die Pflege- und Betreuungsarbeit ist die Lebensgeschichte.

Jeder Mensch hat eine eigene Lebensgeschichte. Um eine individuelle persönliche Pflege und Betreuung aufbauen zu können, möchten die Pflegemitarbeiter Sie näher kennen lernen. Spezifische Fragen zu Ihrer Lebensgeschichte sind dabei hilfreich, um Ihre Bedürfnisse besser zu erkennen und vorhandene Ressourcen nutzen zu können.

Wir möchten Sie daher einladen die biographischen Fragen zu beantworten. Die Entscheidung dazu ist freiwillig. Die Daten werden vertraulich behandelt. Einsicht nehmen können MitarbeiterInnen der Pflege und die Psychotherapeutin, diese unterliegen der strengen Verschwiegenheitspflicht.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Bemühen!

„Gewohnheiten sind die Fingerabdrücke des Charakters.“

Friedrich Nietzsche



Erstellt:
M. Lucchini
Datum: 23.01.2023

Geprüft:
M. Eisendle
Datum: 22.02.2023

Freigegeben:
A. Kreil
Datum: 22.02.2023

1. KINDHEIT – JUGEND - BERUF

Wie heißen Ihre Eltern? Wann sind die Eltern verstorben? Wurden die Eltern gepflegt?

Wie heißen Ihre Geschwister? Leben Sie noch? Mit wem haben Sie sich besonders verbunden gefühlt? Wer sind Ihre wichtigen Bezugspersonen?

Beschreiben Sie ein wenig Ihre Kindheit. Wie sind Sie aufgewachsen? Was war wichtig in der Zeit?

Hatten Sie einen Spitznamen/Rufnamen?

Welche Erinnerungen haben Sie an die Schulzeit?

Ausgeübter Beruf/Tätigkeit?

Lebenstraum erfüllt? Beschäftigt Sie der Traum noch immer?

3. MARKANTE LEBENSERFAHRUNGEN

Woran erinnern Sie sich gerne in Ihrem Leben?

Gibt es Erinnerungen, die Sie traurig machen?

2. FAMILIÄRES SOZIALES UMFELD

Waren Sie verheiratet? Hatten Sie eine feste Partnerschaft? Wie hieß ihr Partner? Kosenamen?
Hatten sie einen besonders wichtigen Menschen in ihrem Leben? Besondere Freundschaften?

Haben Sie Enkel? Urenkel?

Wichtige Verwandte/Freundschaften?

Hatten Sie Haustiere?

4. INTERESSEN & TALENTE

Was haben Sie gerne getan? Was tun Sie heute noch gerne? (Handarbeiten, Kochen, Garten, Tiere, Tanzen, Vereine, Sport, Sammelleidenschaft)

Stellenwert Religion (Gottesdienstbesuch, Rituale, Kontakt mit Seelsorger?)

Welche Werte sind Ihnen wichtig?

War Musik für Sie wichtig? Singen sie gerne? Instrumente?

War körperliche Nähe für Sie wichtig?

Abneigungen? (Allergien?)

Was für Gerüche und Geschmack mögen Sie und welche nicht?

Was essen Sie gerne?

Gewohnheiten (Frühstück, Mittagessen, Abendessen) Süßigkeiten, Rauchen, Kuchen, Bier, Glas Wein am Abend?)

Vorlieben und Abneigungen bezüglich Schuhe und Kleidung

Frisur/Kosmetika/Rasur (Wünsche)	
Pflegemittel Gewohnheiten	
Ruhen und Schlafen Gewohnheiten. (Mittagsruhe, Bettsocken, Fenster auf/zu?, warm oder kalt)	
Wie war ihr gewohnter Tagesablauf zuhause	
<p>Wie würden Sie sich selbst beschreiben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sensibel <input type="checkbox"/> kontaktfreudig <input type="checkbox"/> Tagmensch <input type="checkbox"/> Nachtmensch <input type="checkbox"/> zuverlässlich <input type="checkbox"/> optimistisch <input type="checkbox"/> sachlich <input type="checkbox"/> gesellig <input type="checkbox"/> gern alleine <input type="checkbox"/> unbeschwert <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> diszipliniert <input type="checkbox"/> ordentlich <input type="checkbox"/> entspannt <input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> entspannt 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> resolut <input type="checkbox"/> penibel <input type="checkbox"/> kreativ <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> heiter <input type="checkbox"/> phantasievoll <input type="checkbox"/> realistisch <input type="checkbox"/> belastbar <input type="checkbox"/> pessimistisch <input type="checkbox"/> gesprächig <input type="checkbox"/> wortgewandt <input type="checkbox"/> zurückhaltend <input type="checkbox"/>

6. WÜNSCHE & ERWARTUNGEN & ÄNGSTE

Was wünschen Sie sich für die Zeit im Seniorenheim Absam? Welche Erwartungen haben Sie?

Macht Ihnen etwas zur Zeit Sorge und Angst?

7. LETZTE WÜNSCHE

Gibt es eine Patientenverfügung? Gibt es eine Vorsorgevollmacht?

Haben Sie schon über ihr Sterben nachgedacht? Haben Sie schon vorgesorgt?

Möchten Sie eine Krankensalbung?

Möchten Sie alleine sterben oder im Kreis Ihrer Lieben?

Was sollte noch vor Ihrem Tod erledigt werden?

Was möchten Sie, dass wir für Sie tun, wenn ihre letzten Augenblicke kommen?