

 Elisabethenheim Schwandorf	QM – Handbuch Pflege	
	<b>Einzugsmanagement</b>  <b>Biografiebogen</b>	Revision: 1.0
		Seite 1 von 9

## 1. Angaben zum Bewohner

Bewohnername, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zum bisherigen Leben /Lebenslauf/ Familie

Eltern - Name / Verhältnis: \_\_\_\_\_

Geschwister - Name / Verhältnis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Vorname des Ehepartners / Hochzeitsdatum/ Beruf / Verhältnis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kinder- Anzahl / Namen / Alter / Verhältnis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enkelkinder - Anzahl / Namen / Alter / Verhältnis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erstellt: Einzugsmanagement, QB	Geprüft: PDL, GF	Freigegeben: GF QB
Datum: 5.6.2019	Datum: 13.6.2019	Datum: 20.6.2019
Überarbeitet: 30.11.2021, 28.02.2022	Geprüft 30.11.2021, 28.02.2022	Freigabe 31.11.2021, 28.02.2022

 Elisabethenheim Schwandorf	QM – Handbuch Pflege	
	<b>Einzugsmanagement</b>  <b>Biografiebogen</b>	Revision: 1.0
		Seite 2 von 9

Gemeinsame Erlebnisse: \_\_\_\_\_

Prägende Ereignisse: \_\_\_\_\_

Schöne Erlebnisse (z.B. besondere Feiern, Urlaubsreisen...): \_\_\_\_\_

Schlimme Erlebnisse (z.B. Tod eines Kindes, Gewalt in der Ehe, Krieg..): \_\_\_\_\_

Welche Familienmitglieder haben Sie, die wichtig sind bzw. waren, z.B. eigene Kinder, angenommene/adoptierte Kinder, Schwiegertochter/-sohn, Enkelkinder, Eltern, evtl. leben noch Geschwister, Cousinsen, ...? Prägende Ereignisse. \_\_\_\_\_

Wer ist/sind die wichtigste(n) Bezugsperson(en)? \_\_\_\_\_

### 3. Freundschafts-Kontaktpflege

Welche Freundschaften sind für Sie wichtig, wer besucht Sie, schreibt Briefe/Postkarten, ruft an, z.B. Schulfreundin, Nachbar/in, Freunde aus Vereinsmitgliedschaften? Prägende Ereignisse?

Erstellt: Einzugsmanagement, QB	Geprüft: PDL, GF	Freigegeben: GF QB
Datum: 5.6.2019	Datum: 13.6.2019	Datum: 20.6.2019
Überarbeitet: 30.11.2021, 28.02.2022	Geprüft 30.11.2021, 28.02.2022	Freigabe 31.11.2021, 28.02.2022

 Elisabethenheim Schwandorf	QM – Handbuch Pflege	
	<b>Einzugsmanagement</b>	Revision: 1.0
	<b>Biografiebogen</b>	Seite 3 von 9

#### 4. Hobbys-Sport-Interessen

Frühere Interessen: \_\_\_\_\_

Womit beschäftigen Sie sich jetzt gern, z.B. Spazieren gehen, Gymnastik, Kegeln, Basteln, Handarbeiten: \_\_\_\_\_

Wie würden Sie sich beschreiben (gesellig, ruhig, unruhig, ängstlich, lieber alleine/gerne im Gesellschaft): \_\_\_\_\_

#### 5. Aktueller Tagesablauf, Tagesgestaltung

z.B. Aufstehen, Frühstück, Zeitung lesen, Kreuzworträtsel, Sudoku, welche Lieblingssendungen im TV und Radio (z. B. im BR „Wir in Bayern“): \_\_\_\_\_

#### 6. Kultur

Welche religiöse bzw. spirituelle Ausrichtung haben Sie? Welche Rituale haben Sie aufgrund Ihrer, regional geprägten Kultur, z.B. Feste im Jahreskreis, Kirwa, Watten/Schafkopfen, Stammtisch, Maiandacht, Rosenkranz beten.....? \_\_\_\_\_

Erstellt: Einzugsmanagement, QB	Geprüft: PDL, GF	Freigegeben: GF QB
Datum: 5.6.2019	Datum: 13.6.2019	Datum: 20.6.2019
Überarbeitet: 30.11.2021, 28.02.2022	Geprüft 30.11.2021, 28.02.2022	Freigabe 31.11.2021, 28.02.2022

 Elisabethenheim Schwandorf	QM – Handbuch Pflege	
	<b>Einzugsmanagement</b>  <b>Biografiebogen</b>	Revision: 1.0
		Seite 4 von 9

## 7. Schule-Beruf

Welche Schulbildung / Ausbildung haben Sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welcher Beruf wurde erlernt z.B. Bäcker, Finanzbeamter, Schreiner, Sekretärin, Landwirt, Magd/Knecht? \_\_\_\_\_

Berufliches Werdegang: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. Haushalt-Wohnen

Wo und wie haben Sie gewohnt, z.B. eigenes Haus mit Garten, Mietwohnung (mit Balkon?), Wohnstil? \_\_\_\_\_

Was waren Ihre Aufgaben im Haushalt, z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen, Reparaturen, Heimwerken, Autopflege, Rasenmähen, Fenster streichen.....? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 9. Gesundheit:

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

- Haben Sie gesundheitliche Probleme? Ja  Nein
- Wenn ja, wie kommen Sie damit zurecht? \_\_\_\_\_
- Welche? (z.B. Allergien, Rauchen, Bluthochdruck, Atemnot (wann?), Schlafprobleme...?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erstellt: Einzugsmanagement, QB	Geprüft: PDL, GF	Freigegeben: GF QB
Datum: 5.6.2019	Datum: 13.6.2019	Datum: 20.6.2019
Überarbeitet: 30.11.2021, 28.02.2022	Geprüft 30.11.2021, 28.02.2022	Freigabe 31.11.2021, 28.02.2022

 Elisabethenheim Schwandorf	QM – Handbuch Pflege	
	<b>Einzugsmanagement</b>  <b>Biografiebogen</b>	Revision: 1.0
		Seite 5 von 9

- Impfungen (COVID 19 Impfung, Grippenschutzimpfung...) mit Angabe von Datum, Art:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Name des HNO Arztes:** \_\_\_\_\_

Akustiker: \_\_\_\_\_

Hörgeräte :                      rechts  links

**Name des Zahnarztes:** \_\_\_\_\_

Zahnprothesen                       oben  unten

Teilprothesen                       oben  unten

**Name des Augenarztes:** \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Augenarztbesuch? \_\_\_\_\_

Sind Erkrankungen des Auges bekannt? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Sehbehinderung?    Nein     Ja     Grad der Sehbehinderung: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Seheinschränkung?                      Ja  Nein

Ist eine Brille vorhanden?    Nein     Ja :    Nahbrille     Fernbrille     Gleitsichtbrille

Gib es weitere sehbezogene Hilfsmittel?                      Ja     Nein                       wenn ja, welche?

Leselampen     optische Lupe     elektronische Lupe     Bildschirmlesegerät

Vorlesegerät     sprechender Wecker     Großastentelefon

Großastatenfernbedienung

Sonstige  \_\_\_\_\_

Können Sie diese selber bedienen oder brauchen Sie Unterstützung? \_\_\_\_\_

Erstellt: Einzugsmanagement, QB	Geprüft: PDL, GF	Freigegeben: GF QB
Datum: 5.6.2019	Datum: 13.6.2019	Datum: 20.6.2019
Überarbeitet: 30.11.2021, 28.02.2022	Geprüft 30.11.2021, 28.02.2022	Freigabe 31.11.2021, 28.02.2022

 Elisabethenheim Schwandorf	QM – Handbuch Pflege	
	<b>Einzugsmanagement</b>  <b>Biografiebogen</b>	Revision: 1.0
		Seite 6 von 9

**Apotheke:**

\_\_\_\_\_

Versorgung im Haus durch Apotheke:    Ja     Nein

**10. Wurden Sie zu Hause gepflegt?**

Ja     Nein

Pflegeperson / ambulanter Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Pflegegrad? \_\_\_\_\_

**11. Körperpflege-Kleidung**

Was ist Ihnen bei der Körperpflege wichtig? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was können Sie davon noch selber machen, z.B. Duschen, Baden, Frisur, Rasieren,  
Zahnpflege, Nagelpflege? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was wird gerne angezogen? (gewohnte Kleidung – tags /  
nachts) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wärme- oder Kälte-empfindlich – eher warme oder eher dünnere Kleidung?

\_\_\_\_\_

Crèmes für Gesicht und Körper z.B. Nivea \_\_\_\_\_

Gehen Sie regelmäßig zu Friseur, Fußpflege, Podologe?

\_\_\_\_\_

Erstellt: Einzugsmanagement, QB	Geprüft: PDL, GF	Freigegeben: GF QB
Datum: 5.6.2019	Datum: 13.6.2019	Datum: 20.6.2019
Überarbeitet: 30.11.2021, 28.02.2022	Geprüft 30.11.2021, 28.02.2022	Freigabe 31.11.2021, 28.02.2022

 Elisabethenheim Schwandorf	QM – Handbuch Pflege	
	<b>Einzugsmanagement</b>  <b>Biografiebogen</b>	Revision: 1.0
		Seite 7 von 9

## 12. Essen – Trinken

Lieblingessen z.B. Süßes, Herzhaftes, Getränke, Essgewohnheiten – Was essen und trinken Sie gerne? Gegen was haben Sie eine Abneigung?

Frühstück: \_\_\_\_\_

Mittagessen: \_\_\_\_\_

Abendessen: \_\_\_\_\_

Zwischenmahlzeiten: \_\_\_\_\_

Lieblingsspeisen: \_\_\_\_\_

Lieblingsgetränke: \_\_\_\_\_

Abneigungen: \_\_\_\_\_

Wieviel trinken Sie am Tag? \_\_\_\_\_

Hilfebedarf beim Essen / Trinken (schneiden/eingeben, Flasche aufmachen etc.) \_\_\_\_\_

## 13. Unterstützung bei der Ausscheidung/Versorgung mit Inkontinenzmaterial

Wie sind Sie aktuell versorgt (z.B. Inkontinenz-Einlage)? \_\_\_\_\_

Wurde bereits ein Rezept über Inkontinenzmaterial ausgestellt? Ja  Nein

Besteht die Diagnose Harninkontinenz? Ja  Nein

Besteht die Diagnose Stuhlinkontinenz? Ja  Nein

Gibt es Probleme bei der Ausscheidung? Ja  Nein

Erstellt: Einzugsmanagement, QB	Geprüft: PDL, GF	Freigegeben: GF QB
Datum: 5.6.2019	Datum: 13.6.2019	Datum: 20.6.2019
Überarbeitet: 30.11.2021, 28.02.2022	Geprüft 30.11.2021, 28.02.2022	Freigabe 31.11.2021, 28.02.2022

 Elisabethenheim Schwandorf	QM – Handbuch Pflege	
	<b>Einzugsmanagement</b>  <b>Biografiebogen</b>	Revision: 1.0
		Seite 8 von 9

Leiden Sie an Obstipation? \_\_\_\_\_

Bestimmte Rituale dabei (z.B. nüchtern ein Glas lauwarmes Wasser, Toilettentraining nach dem Frühstück etc.): \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Ballaststoffe ein? \_\_\_\_\_

#### 14. Schlafgewohnheiten

Gewohnte Schlafenszeit / Gewohnte Aufstehzeit / Bettgezeit: \_\_\_\_\_

Lieblingsseite beim Einschlafen: \_\_\_\_\_

Seitenschläfer re. /li. /Rückenschläfer: \_\_\_\_\_

Betteinstieg/-ausstieg rechts/links: \_\_\_\_\_

Welche Rituale gibt es z.B. Wollsocken, Woldecke? Leichte oder schwere Decke?  
Welche \_\_\_\_\_

Welche Lichtquelle / Lichtverhältnisse sind gewünscht? \_\_\_\_\_

15. Patientenverfügung?    Ja     Nein

16. Vorsorgevollmacht?    Ja     Nein

17. Betreuer/Bevollmächtigte (Name /Verhältnis): \_\_\_\_\_

18. Feste Bezugsperson (Name /Verhältnis): \_\_\_\_\_

Erstellt: Einzugsmanagement, QB	Geprüft: PDL, GF	Freigegeben: GF QB
Datum: 5.6.2019	Datum: 13.6.2019	Datum: 20.6.2019
Überarbeitet: 30.11.2021, 28.02.2022	Geprüft 30.11.2021, 28.02.2022	Freigabe 31.11.2021, 28.02.2022

 Elisabethenheim Schwandorf	QM – Handbuch Pflege	
	<b>Einzugsmanagement</b>  <b>Biografiebogen</b>	Revision: 1.0
		Seite 9 von 9

**19. Wann darf der Betreuer / Bevollmächtigte / Angehörige verständigt werden? (z.B. bei Tag und Nacht / nur tagsüber / tagsüber bis 22:00 Uhr / morgens ab 8:00 Uhr)**

- 
- Bei akuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes
  - Bei Krankenhausaufenthalt
  - Bei (schwereren) Stürzen
  - Bei Versterben
  - Bei Sonstiges: \_\_\_\_\_

**20. Wünsche bei schwerer Krankheit, Sterben und Tod:**

---



---

**21. Was möchten Sie unter keinen Umständen?**

(z.B. weil Sie sich darüber aufregen, davor Angst haben oder eine Abneigung davor haben?)

---



---

**22. Welche Informationen erscheinen Ihnen außerdem noch wichtig?**

---



---

**23. Ansprechpartner bei Rückfragen (Angehöriger/Betreuer) Name /Telefonnummer:**

---

**Ausgefüllt am:** \_\_\_\_\_ **von:** \_\_\_\_\_

Erstellt: Einzugsmanagement, QB	Geprüft: PDL, GF	Freigegeben: GF QB
Datum: 5.6.2019	Datum: 13.6.2019	Datum: 20.6.2019
Überarbeitet: 30.11.2021, 28.02.2022	Geprüft 30.11.2021, 28.02.2022	Freigabe 31.11.2021, 28.02.2022

## Im Elisabethenheim angebotene Aktivitäten

Das sind unsere Betreuungsangebote. Was davon macht Ihnen Freude?

Bitte ankreuzen.

<b>1</b>	<b>Kochen und Backen</b>	<b>5</b>	<b>Geselliges</b>
	jahreszeitliche Kochgruppe		Dämmerschoppen
	jahreszeitliche Backstube		(jahreszeitliche) Ausflüge in die nähere Umgebung
<b>2</b>	<b>Ruhigeres</b>		Ratsch´ und Tratsch in der Cafeteria/ im Garten / im Haus
	Kartenspielen		Geburtstagskaffee mit der Heimleitung
	Spielenachmittag/Gesellschaftsspiele/ Brettspiele/ Geschicklichkeitsspiele		Musikalische Veranstaltung im Haus oder Garten
	Kinoabend Heimatfilme		Jahreszeitliche Feste
	Schlauer Fuchs / Rätselrunde/ Gedächtnisspiele	<b>6</b>	<b>Religiöses</b>
	Einkäufe mit Begleitung		Kirchenbesuch / Gebet / Kreuzweg / Maiandacht / Rosenkranz
	Foto- und Erinnerungsalben	<b>7</b>	<b>Kreatives</b>
	Singen und Geschichten		Kreatives/ Basteln
	Besuch in der Bibliothek		Handarbeiten / Nähstube
	Vorlesen		Jahreszeitliche Hausdekoration (kreativ)
<b>3</b>	<b>Für Männer</b>		Kunsttherapie
	Auto, Motor, Sport, Fußball	<b>8</b>	<b>Aktuelles</b>
	Sportschau am Samstag		Presseclub (mit dem Heimleiter)
	Handwerken		Zeitungsrunde gemeinsames Lesen der Mittelbayrischen Zeitung
<b>4</b>	<b>Fit und Aktiv</b>	<b>9</b>	<b>Sonstiges</b>
	Ballspiele (mit dem Schwungtuch)		Wellness (Gesichts- und Handmassage)
	Fit-Gruppe (Sitz - Gymnastik)		Tierbesuche
	Kegeln		Kinder- / Jugendbesuche
	Tanzgruppe (im Sitzen)	<b>10</b>	<b>Wunsch:</b>
	Gärtnern		

Vorname und Name des Bewohners: \_\_\_\_\_ im Haus ab: \_\_\_\_\_  
 ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_  
 geprüft von Gerontofachkraft (Name) \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_