

## Persönliche Angaben zum Einzug

Name ..... Vorname .....

Straße: .....

PLZ/Wohnort: ..... Telefon: .....

Geburtsname ..... Geb. am .....

Geburtsort: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Konfession: ☐ rk ☐ ev ☐ ohne Konfession ☐ andere

Familienstand: ☐ ledig ☐ verh. ☐ verw. ☐ gesch.

Früherer Beruf: .....

Pflegegrad: ☐ Rüstig (keine) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ wurde beantragt

### Anschrift der nächsten Angehörigen:

Name ..... Vorname .....

Anschrift: .....

Beziehung: ..... Tel. privat/dienstl.: .....

Name ..... Vorname .....

Anschrift: .....

Beziehung: ..... Tel. privat/dienstl.: .....

### BetreuerIn/Bevollmächtigter:

Name ..... Vorname .....

Anschrift: .....

Aufgabenkreis: .....

Telefon: .....

### Arzt/Ärztin:

Name ..... Vorname .....

Anschrift: .....

Fachgebiet .....

Telefon: .....

**Die Bezahlung der Heimkosten erfolgt durch:**

☐ eigene Mittel

☐ Sozialhilfe ☐ muss beantragt werden ☐ wurde beantragt am: .....

**Kostenträger:**

☐ Pflegekasse

Name ..... Anschrift: .....

..... Mitgliedsnr.: .....

☐ Krankenkasse

Name ..... Anschrift: .....

..... Mitgliedsnr.: .....

☐ Beihilfe

Name ..... Anschrift: .....

..... Mitgliedsnr.: .....

☐ Sozialverwaltung

Name ..... Anschrift: .....

Aktenzeichen: .....

☐ Sonstige

Name ..... Anschrift: .....

..... Mitgliedsnr.: .....

☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer

**Zu welchem Zeitpunkt ist ein Einzug erwünscht?**

☐ Einzug umgehend gewünscht ☐ Ja ☐ Nein

☐ Sonstige Informationen (Befreiungen): .....

☞ Diese Anmeldung kann unverbindlich bei uns eingereicht werden.

☐ Ich möchte regelmäßig über die Möglichkeit eines Einzuges informiert werden.

☐ Ich melde mich erneut in der Einrichtung wenn Einzugswunsch besteht.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Interessenten oder des gesetzlichen Vertreters

wird von der Einrichtung ausgefüllt

☐ Vollstationäre Pflege

☐ Kurzzeitpflege von.....bis.....

☐ Wohnbereich

Einzug am: .....

Zimmer:

reserviert ab: .....

## Ärztlicher Fragebogen

Name ..... Vorname .....

Straße: .....

PLZ/Wohnort: ..... Geb. am .....

Anlässlich einer Anmeldung zum Einzug in ein Seniorenheim  
Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen X und ggf. im verschlossenen Umschlag mitgeben.

### 1. Körperlicher Zustand:

|                                  |                             |                               |                                       |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Ist der Patient gehfähig?        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Treppensteigen möglich?          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Ist der Patient bettlägerig?     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Besteht Blaseninkontinenz?       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Besteht Stuhlinkontinenz?        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Besteht eine starke Sehschwäche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                       |
| Besteht eine starke Hörschwäche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                       |
| Geistige Behinderungen?          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                       |

Wenn ja, welche? .....

Körperliche Behinderungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? .....

Bestehen Allergien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? .....

### 2. Pflegebedarf

|                                  |                             |                               |                                       |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Benötigt der Patient Hilfe beim: |                             |                               |                                       |
| Essen und Trinken?               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| An- und Auskleiden?              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Waschen?                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Frisieren / Rasieren?            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Lagern zur Bettruhe?             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Benutzung der Toilette?          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |

### 3. Geistig – seelischer Zustand

|                       |                             |                               |                                       |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Örtlich orientiert    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Zeitlich orientiert   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Situativ orientiert   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Motorische Unruhe     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Neigung zum Weglaufen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                       |
| Suizidgefahr          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                       |
| Demenz                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                       |

Wenn ja, welche? .....

Suchterkrankungen ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? .....

Stimmungsschwankungen ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich

## Ärztlicher Fragebogen

### 4. Empfohlene pflegerische Versorgung

|                        |                             |                               |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Pflegebereich          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beschützende Abteilung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wohnbereich            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### 5. Hilfsmittel

|           |                             |                               |      |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|------|
| Gehilfe,  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art: |
| Prothesen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art: |
| Sehhilfe  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art: |
| Hörgerät  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |      |

### 6. Ernährung

|          |                             |                               |
|----------|-----------------------------|-------------------------------|
| Vollkost | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diät     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, welche? .....

|                                   |                             |                               |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sondenernährung                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| eine andere Ernährung als genannt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, welche? .....

### 7. Medikamente

Benötigt der Patient Hilfe bei der Verabreichung der Medikamente ☐ ja ☐ nein

Welche Medikamente sind erforderlich:

| Medikamente | Morgen | Mittag | Abend | Nacht | Bedarf |
|-------------|--------|--------|-------|-------|--------|
|             |        |        |       |       |        |
|             |        |        |       |       |        |
|             |        |        |       |       |        |
|             |        |        |       |       |        |
|             |        |        |       |       |        |
|             |        |        |       |       |        |
|             |        |        |       |       |        |

### 8. Diagnosen

.....

.....

.....

Bei dem Patienten liegt eine ansteckende Krankheit nach Infektionsschutzgesetz vor ☐ ja ☐ nein      Art:.....

MRSA ☐ ja ☐ nein      ESBL ☐ ja ☐ nein      Clostridien ☐ ja ☐ nein

### 9. Sonstige Hinweise und Bemerkungen (Therapie oder Behandlungspflege)

.....

.....

Ort, Datum

54a-III- 2-1.4-28.01.2016

Unterschrift und Stempel des Arztes



## **Begleitschreiben zum Biografiebogen**

Liebe Angehörige,

wir bitten Sie den Biografiebogen für Ihr Familienmitglied auszufüllen und vor dem Einzug mitzubringen. Wir werden Ihre(n) Angehörige(n) mittels des Biografiebogens im Pflgeteam kennenlernen. Die Angaben, die Sie darin machen, sind uns sehr wichtig – nicht, weil wir neugierig sind, sondern weil wir Ihre(n) Angehörige(n) so individuell wie möglich pflegen wollen! Dazu sind einige Informationen, die nur Sie oder Ihr(e) Angehörige(r) uns selbst geben können, sehr bedeutend. Denn wir wollen die ganz persönliche Vergangenheit, die jeder Bewohner mit in unser Haus bringt, bei der Arbeit mit ihm/ihr berücksichtigen und integrieren.

Insbesondere bei Menschen mit Demenz ist es sehr wichtig, viel von Ihnen zu wissen, um ihr Verhalten und ihre Gefühle besser einordnen und verstehen zu können, da sie sich nur selten dazu äußern können.

In unserer Pflege und Betreuung wollen wir an Ereignisse, Kenntnisse und Vorlieben knüpfen und außerdem Gewohnheiten berücksichtigen. Wir wollen auch Themen vermeiden, die ihre(n) Angehörige(n) traurig stimmen, verängstigen oder verärgern.

Sie sehen, dass Ihre Mitarbeit nötig ist, damit wir gemeinsam Ihrer/Ihrem Angehörige(n) das Leben in unserem Haus so angenehm wie möglich gestalten können! Auch bei der Gestaltung des Zimmers Ihrer/Ihres Angehörigen sind Sie herzlich dazu eingeladen bedeutende Gegenstände der Person, wie Möbel, Bilder usw., mitzubringen. Das Alles trägt dazu bei, dass Ihr(e) Angehörige(r) sich bei uns wohlfühlen kann.

Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe!

Ihre Mitarbeiter des AWO Seniorenzentrums Ortenburg



# BIOGRAFIEBOGEN

Name des/der Bewohners/in \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

## Familiäre Situation

Lebenspartner: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Enkel: \_\_\_\_\_

*Zu welchen Personen ist ihm/ihr der Kontakt sehr wichtig?*

---

---

---

---

*Kann er/sie mit diesen Personen telefonischen Kontakt aufnehmen?* ☐ ja ☐ nein

Wo ist er/sie aufgewachsen? \_\_\_\_\_

Welche Berufe übte er/sie aus?

---

---

---

---

**Welche persönlichen Sachen möchte er/sie um sich haben, um sich wohlfühlen?**

(z.B. Bilder, Kissen, Decken, Einrichtungsgegenstände, Sammlungen, Dekoration, Bücher, TV-, Musikanlage, Schallplatten, CDs, Taschen etc.)

---

---

---

**Wie waren sein/ihr Tagesablauf und seine/ihre Schlafgewohnheiten? Bitte kurz über 24h hinweg beschreiben.**

| <i>Uhrzeit</i> | <i>Gewohnheit</i> |
|----------------|-------------------|
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |

**Welche Vorlieben/Hobbys hat er/sie?**

|                             |                                    |                                  |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <i>Lesen</i>                | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Musik hören</i>          | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Spielen</i>              | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Kreuzworträtsel</i>      | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Singen</i>               | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Spazieren</i>            | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Sport/Gymnastik</i>      | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Tiere</i>                | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Garten</i>               | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Kochen</i>               | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Lernen/Merkfähigkeit</i> | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Religion</i>             | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Sonstiges</i> _____      |                                    |                                  |

**Über welche Themen sprich er/sie gerne?**

---

---

**Welche Themen/Situationen machen ihm/ihr Freude?**

---

---

**Ggf.: Welche Themen/Situationen machen ihm/ihr Angst oder sind für ihn/sie unangenehm?**

---

---

**Ess- und Trinkgewohnheiten**

*Allein essen*

☐ eher ja

☐ eher nein

*In Gesellschaft essen*

☐ eher ja

☐ eher nein

*Frühesser*

☐ eher ja

☐ eher nein

*Spätesser*

☐ eher ja

☐ eher nein

*Bedeutung von Essen*

☐ eher groß

☐ eher klein

*Wie oft am Tag/ in der Nacht hat er/sie gegessen?*

---

---

*Aktuelles Lieblingsessen:*

---

---

*Vorlieben:*

---

---

*Abneigungen:*

---

---

*Was trinkt er/sie gerne?*

☐ eher Kaffee \_\_\_\_\_

☐ eher Tee \_\_\_\_\_

*Andere Getränke*\_\_\_\_\_

---

---

*Wie viel trinken Sie ungefähr im Laufe von 24 Stunden?*

☐ <0,5 l

☐ <1,0 l

☐ <1,5 l

☐ <2,0 l

☐ >2,0 l

**Was ist für ihn/sie bei der Körperpflege sehr wichtig?**

---

---

---

**Wie geht er/sie mit seiner/ihrer Krankheiten um? Welche Angewohnheiten helfen ihm/ihr, mit seiner/ihrer Krankheiten zurecht zu kommen?**

---

---

---

**Welche schönen Lebensereignisse gab es in seinem/ihrem Leben?**

---

---

---

**Welche belastenden Lebensereignisse gab es in seinem/ihrem Leben?**

---

---

---

**Welche Schlafrituale hat er/sie?**

---

---

---

**Vielen Dank für Ihr Mitwirken!!!**



## **Begleitschreiben zum Biografiebogen**

Liebe Bewohnerin/ Lieber Bewohner,

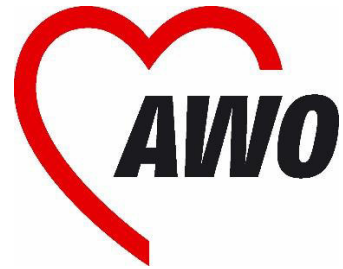
wir bitten Sie den Biografiebogen auszufüllen und vor dem Einzug mitzubringen. Die Angaben, die Sie darin machen sind für uns sehr wichtig – nicht, weil wir neugierig sind, sondern weil wir Sie so individuell wie möglich pflegen wollen! Und dazu sind einige Informationen, die nur Sie selbst uns geben können, sehr bedeutend. Sie haben in Ihrem Leben so viel erlebt und so viele Erfahrungen gesammelt. Für unsere tägliche Arbeit ist es wichtig mehr darüber zu erfahren. Denn wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen.

In unserer Pflege und Betreuung können wir an Ereignisse, Kenntnisse oder Vorlieben knüpfen und Gewohnheiten berücksichtigen. Wir wollen auch Themen vermeiden, die Sie traurig stimmen, verängstigen oder verärgern. Ihre Zufriedenheit ist uns sehr wichtig.

Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe!

Ihre Mitarbeiter des AWO Seniorenzentrums Ortenburg



## BIOGRAFIEBOGEN

Name des/der Bewohners/in \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

### Familiäre Situation

Lebenspartner: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Enkel: \_\_\_\_\_

*Zu welchen Personen ist Ihnen der Kontakt sehr wichtig?*

---

---

---

---

*Können Sie mit diesen Personen telefonisch Kontakt aufnehmen?* ☐ ja ☐ nein

**Wo sind Sie aufgewachsen?** \_\_\_\_\_

**Welche Berufe übten Sie aus?**

---

---

---

---

**Welche persönlichen Sachen möchten Sie um sich haben, um sich wohlfühlen?**

(z.B. Bilder, Kissen, Decken, Einrichtungsgegenstände, Sammlungen, Dekoration, Bücher, TV-, Musikanlage, Schallplatten, CDs, Taschen etc.)

---

---

---

**Wie waren Ihr Tagesablauf und Ihre Schlafgewohnheiten? Bitte kurz über 24h hinweg beschreiben.**

| <i>Uhrzeit</i> | <i>Gewohnheit</i> |
|----------------|-------------------|
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |
|                |                   |

**Welche Vorlieben/Hobbys haben Sie?**

|                             |                                    |                                  |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <i>Lesen</i>                | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Musik hören</i>          | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Spielen</i>              | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Kreuzworträtsel</i>      | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Singen</i>               | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Spazieren</i>            | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Sport/Gymnastik</i>      | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Tiere</i>                | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Garten</i>               | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Kochen</i>               | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Lernen/Merkfähigkeit</i> | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Religion</i>             | <input type="checkbox"/> eher nein | <input type="checkbox"/> eher ja |
| <i>Sonstiges</i> _____      |                                    |                                  |

**Über welche Themen sprechen Sie gerne?**

---

---

**Welche Themen/Situationen machen Ihnen Freude?**

---

---

**Ggf.: Welche Themen/Situationen machen Ihnen Angst oder sind unangenehm für Sie?**

---

---

**Ess- und Trinkgewohnheiten**

*Allein essen*

☐ eher ja

☐ eher nein

*In Gesellschaft essen*

☐ eher ja

☐ eher nein

*Frühesser*

☐ eher ja

☐ eher nein

*Spätesser*

☐ eher ja

☐ eher nein

*Bedeutung von Essen*

☐ eher groß

☐ eher klein

*Wie oft am Tag/ in der Nacht essen Sie?*

---

---

*Aktuelles Lieblingsessen:*

---

---

*Vorlieben:*

---

---

*Abneigungen:*

---

---

*Was trinken Sie gerne?*

☐ eher Kaffee \_\_\_\_\_

☐ eher Tee \_\_\_\_\_

*Andere Getränke* \_\_\_\_\_

---

---

*Wie viel trinken Sie ungefähr innerhalb von 24 Stunden?*

☐ <0,5 l

☐ <1,0 l

☐ <1,5 l

☐ <2,0 l

☐ >2,0 l

**Was ist für Sie bei der Körperpflege sehr wichtig?**

---

---

---

**Wie gehen Sie mit Ihrer Krankheiten um? Welche Angewohnheiten helfen Ihnen, mit Ihre Krankheiten zurecht zu kommen?**

---

---

---

**Welche schönen Lebensereignisse gab es in Ihrem Leben?**

---

---

---

**Welche belastenden Lebensereignisse gab es in Ihrem Leben?**

---

---

---

**Welche Schlafrituale haben Sie?**

---

---

---

**Vielen Dank für Ihr Mitwirken!!!**