



Persönliche Angaben zum Einzug

HVP Nr.

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:

Fragen zum Bewohner



Name Vorname

Straße:

PLZ/Wohnort: Geb. am

Pflegegrad:

Krankenkasse:

1. Körperlicher Zustand:

Ist der Bew. gehfähig?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Treppensteigen möglich?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Ist der Bew. bettlägerig?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Besteht Blaseninkontinenz?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Besteht Stuhlinkontinenz?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Besteht eine starke Sehschwäche?	☐ ja	☐ nein	
Besteht eine starke Hörschwäche?	☐ ja	☐ nein	

Geistige Behinderungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Körperliche Behinderungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

2. Pflegebedarf

Benötigt der Bewohner Hilfe beim:			
Essen und Trinken?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
An- und Auskleiden?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Waschen?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Frisieren / Rasieren?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Lagern zur Bettruhe?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Benutzung der Toilette?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich

Verabreichen der Medikamente? ☐ ja ☐ nein

3. Geistig – seelischer Zustand

Örtlich orientiert	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Zeitlich orientiert	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Situativ orientiert	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Motorische Unruhe	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Neigung zum Weglaufen	☐ ja	☐ nein	
Suizidgefahr	☐ ja	☐ nein	
Demenz	☐ ja	☐ nein	

4. Hilfsmittel

Gehilfe,	☐ ja	☐ nein	Art:
Prothesen	☐ ja	☐ nein	Art:
Sehhilfe	☐ ja	☐ nein	Art:
Hörgerät	☐ ja	☐ nein	

5. Ernährung

Vollkost ☐ ja ☐ nein

Diät ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Unverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

6. ärztliche Versorgung

Wer ist der Hausarzt?.....

Hausbesuche möglich?.....

Arztwechsel nötig?.....

8. Sonstige Hinweise und Bemerkungen (Therapie oder Behandlungspflege)

.....

.....

.....

.....

.....

.....



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>	☐ eher nein	☐ eher ja
<i>Musik hören</i>	☐ eher nein	☐ eher ja
<i>Spielen</i>	☐ eher nein	☐ eher ja
<i>Kreuzworträtsel</i>	☐ eher nein	☐ eher ja
<i>Singen</i>	☐ eher nein	☐ eher ja
<i>Spazieren</i>	☐ eher nein	☐ eher ja
<i>Sport/Gymnastik</i>	☐ eher nein	☐ eher ja
<i>Tiere</i>	☐ eher nein	☐ eher ja
<i>Garten</i>	☐ eher nein	☐ eher ja
<i>Kochen</i>	☐ eher nein	☐ eher ja
<i>Lernen/Merkfähigkeit</i>	☐ eher nein	☐ eher ja
<i>Religion</i>	☐ eher nein	☐ 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/ihrer Leben?

Welche belastenden Lebensereignisse gab es in seinem/ihrer Leben?

Welche Schlafrituale hat er/sie?

Vielen Dank für Ihr Mitwirken!!!