



Name / Vorname des Bewohners:.....

Wohnbereich/Zimmer:.....

Name / Vorname des Erhebenden:.....

Datum der Erhebung:.....

Frage	Kurze Darstellung von Daten/Gewohnheiten/Vorlieben/Abneigungen
Kindheit	
Namen der Eltern:	
Anzahl und Namen der Geschwister:	
Sind Sie auf dem Land oder in der Stadt aufgewachsen? Ortsname?	
Gab es Tiere im Elternhaushalt?	
Welche Sprache oder Mundart wurde im Elternhaus gesprochen?	
Welche Arbeiten mussten durch Sie übernommen werden?	
Welche Rituale und Traditionen wurden in der Familie gepflegt?	
Wie und wo wurden die Freizeit und die Ferien verbracht?	
Waren Sie gerne unter Menschen? Waren Sie gerne in Gesellschaft? (z. B. Kaffeekränzchen, Reisefreudigkeit, Spielenachmittage)	



Frage	Kurze Darstellung von Daten/Gewohnheiten/Vorlieben/Abneigungen
Familie	
Name des Ehemannes / Lebenspartners: Wann heirateten Sie?	
Haben Sie Kinder? Namen der Kinder:	
Wo wohnten Sie mit Ihrem Partner und den Kindern? (Umzüge)	
Interessen	
Welche Berufe übten Sie aus?	
Welche besonderen Interessen und Hobbies hatten Sie?	
Wie gestalten Sie jetzt Ihre Freizeit am liebsten?	
Spielten Sie ein Instrument? Haben Sie in einem Chor gesungen?	
Unternahmen Sie regelmäßige sportliche Aktivitäten? (z.B.: Wandern, Schwimmen, Fußball)	
Engagierten sie sich in der Kirchgemeinde u./o. Vereinen?	

Frage	Kurze Darstellung von Daten/Gewohnheiten/Vorlieben/Abneigungen
Gewohnheiten und Besonderheiten	
Bestanden besondere Schlafgewohnheiten? (z. B. Mittagsruhe, Bettgehzeiten, geschlossenes oder offenes Fenster, kleines Nachtlicht)	
Bestand ein besonderes Sicherheitsbedürfnis? (z. B. Kontrolle auf geschlossene Türen, Arztbesuche, bestehende Ängste)	
Bestanden in ihrem Leben besonders kritische Ereignisse, welche wir im Umgang miteinander berücksichtigen müssen? (z. B. Verlust eines lieben Menschen, schwere Krankheit)	
Erlebten Sie positive Ereignisse, an welche Sie sich heute noch gern erinnern? Was gab/gibt Ihnen Zufriedenheit? (z. B. Hochzeit, Geburt des Kindes, Hausbau, Urlaubsreisen)	
Gibt es Gewohnheiten bei pflegerischen Maßnahmen? (z.B.: Wie oft und zu welcher Tageszeit wollen Sie duschen/ baden; Welche Hilfsmittel wurden genutzt usw.)	
Bestanden wichtige geistliche Gewohnheiten, welche Sie gerne weiter führen möchten? (z. B. Teilnahme an Gottesdiensten oder Andachten; das Lesen der Bibel)	
Was ist Ihnen wichtig in Ihrem Leben / auf was legen Sie besonderen Wert?	
Existierten hinsichtlich der Kommunikation mit anderen Menschen Besonderheiten/ Einschränkungen? (z. B. Schwerhörigkeit, Schüchternheit, besonderes Mitteilungsbedürfnis)	
Frieren oder Schwitzen Sie schnell? (z. B. frieren besonders in der Nacht; sie benötigen dicke Socken)	
Sind Sie ängstlich? Wovor haben Sie Angst?	



Angebot	Interesse von Bewohner		Bemerkungen
Kirchliche, diakonische Angebote (z.B.: Seelsorge, Andacht, Bibelstunde)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Vorlesen (z.B.: Zeitung, Geschichten...)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Rätsel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Erinnern und Erzählen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Sportliche Angebote z.B.: (Gymnastik, Sitztanz, Kegeln)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Spiele (z.B.: Karten- und Brettspiele, Bingo)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Kochen und Backen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Kreatives Gestalten, Handarbeiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Musikalische Angebote (z.B.: Singen, Konzerte)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Filmvorführungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Ausflüge	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Feste und Feiern	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	