



maria stadler haus

## **Merkblatt zur Biografie unserer Heimbewohner**

Eine Ihnen nahe stehende Person ist im Maria-Stadler-Haus aufgenommen worden oder sie soll in nächster Zeit aufgenommen werden. Es ist für uns wichtig etwas über diesen Menschen zu erfahren. Wir benötigen diese Informationen damit wir die Pflege und Betreuung individuell auf die Bedürfnisse Ihres Angehörigen anpassen können.

Vereinfacht gesagt: Für uns geht es darum, mit welcher Persönlichkeit wir es hier zu tun haben.

Wir versuchen einen Zusammenhang zwischen dem Einfluss historischer Lebensereignisse und der heutigen Situation des Heimbewohners herzustellen (z.B. soziales Umfeld, Elternhaus, Beruf, Interessen, Krankheiten). Dadurch kann es gelingen, nicht mehr vorhandene Fertigkeiten des Bewohners zu reaktivieren.

Da leider viele unserer Bewohner nicht mehr in der Lage sind, uns ausreichend über ihre speziellen Lebensgewohnheiten zu informieren, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Auch bei jenen Bewohnern, die selbst noch umfassend Auskunft über ihre Biographie geben können, ist das Ausfüllen des Bogens sehr hilfreich; bei der Aufnahme gibt es noch viele andere Fragen zu klären, die die Wünsche und den Hilfebedarf betreffen. Wir wollen hier eine Überbelastung durch „Ausfragerei“ vermeiden.

Deswegen möchten wir sie bitten dieses „biographische Profil“ auszufüllen und dem Pflegedienstleiter oder den Mitarbeitern in der Verwaltung zu übergeben. Wichtig wäre es auch, wenn sie sich, nachdem Ihr/e Angehörige/r bei uns aufgenommen wurde, die Zeit für ein persönliches Gespräch mit den zuständigen Pflegepersonen nehmen könnten.

Uns ist es wichtig, mit Ihnen ständig in Kontakt zu bleiben. Sollten sie Fragen, Anmerkungen, Wünsche oder Verbesserungsvorschläge haben, sind wir jederzeit für ein Gespräch bereit. Wir sind auf Ihre Rückmeldungen angewiesen.

Herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Peter Reitberger  
Pflegedienstleiter

# Biographisches Profil

## Persönliche Angaben:

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Spitzname, Kosename: \_\_\_\_\_  
 Bevorzugte Anrede: \_\_\_\_\_
2. Wohnort (Wo, Wie lange, etc.): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 geboren, aufgewachsen: \_\_\_\_\_  
 Andere wichtige Orte: \_\_\_\_\_
3. Veränderungen in der mentalen Gesundheit?  Ja  Nein  
 Wenn ja, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. Suchtkrankheiten bekannt?  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Familiärer Hintergrund:

### 1. Eltern

Mutter: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Sterbedatum: \_\_\_\_\_  
 Vater: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Sterbedatum: \_\_\_\_\_  
 Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_  
 Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

### 2. Geschwister Ja Nein

Auflistung der Geschwister. Falls verstorben, bitte Sterbedatum angeben

Name:	Alter / evt. Sterbedatum	Kontakt?
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**3. Von welchen Ereignissen aus der Kindheit und Jugend hat ihr Angehöriger ihnen oft erzählt?**

---



---



---



---



---

**4. Ehen:**

Name 1. Ehepartner	Eheschließung im Jahr:	Trennung / verstorben im Jahr
--------------------	------------------------	-------------------------------

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Beruf des Ehepartners	Länge der Beziehung:	
<hr/>	<hr/>	

Name 2. Ehepartner	Eheschließung im Jahr:	Trennung / verstorben im Jahr
--------------------	------------------------	-------------------------------

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Beruf des Ehepartners	Länge der Beziehung:	
<hr/>	<hr/>	

**5. Beschreiben Sie Besonderheiten / den Alltag in der Ehe. Woran erinnert man sich gerne? Woran ungerne?**

---



---



---



---



---

**6. Kinder**  Ja  Nein

Auflistung der Kinder. Falls verstorben, bitte Todesjahr angeben

Name:	Geburtsdatum, wenn relevant
-------	-----------------------------

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**7. Enkel / Urenkel**  Ja  Nein

Auflistung der Enkel und Urenkel. Falls verstorben, bitte Todesjahr angeben

Name:

Geburtsdatum, wenn relevant

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**8.** Beschreiben Sie eine Familientradition oder Familienereignis, an das Sie sich gerne zurückerinnern (Urlaub, Geburtstag, religiöses, kulturelles Familienereignis, etc.).

---

---

---

---

---

**Bildung, beruflicher Hintergrund:**

**1. Schulbildung:**  Volksschule  Oberschule  Abitur  Studium  Professur

Schule

Ort

Abschluss

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

**2. Berufe und Tätigkeiten** (Auflistung aller Berufe und Tätigkeiten)

---

---

---

---

**Berufe und Tätigkeiten (Fortsetzung)**

Welche Tätigkeit / Welcher Beruf wurde die längste Zeit ausgeübt?

---

Welche Tätigkeit / Welcher Beruf hat am meisten Spaß gemacht?

---

Wenig geliebter Beruf:

---

Letzter Beruf

---

**Sozialer und spiritueller Hintergrund**

**1. Wichtige Freunde / Bekannte (Name, woher bekannt, Wohnort...)**

Name	Woher bekannt	Wohnort	Kontakt?	Verst.
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen (Gemeinsamkeiten, frühere Unternehmungen...):

---



---



---

**2. Soziale Verbindungen, Mitgliedschaft in Vereinen, ehrenamtliche Tätigkeiten...**

---



---



---



---

**3. Religion**

Glaubenszugehörigkeit: \_\_\_\_\_ Bezugsperson? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie die Bedeutung der Religion. Wie hat sie sich auf ihr Leben ausgewirkt?

Welche Gewohnheiten gibt es diesbezüglich?

Vergangenheit:

---



---

**Religion (Fortsetzung)**

Gegenwart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es andere spirituelle Gewohnheiten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Freizeit und Hobbys**

**1. Welche Aktivitäten machen am meisten Freude?**

Vergangenheit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gegenwart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Welche Beschäftigungs- / Freizeitangebote würden Sie sich für Ihren Angehörigen bei uns im Haus wünschen?** Bitte beachten Sie, dass wir nur Aktivitäten im Haus / rund um unser Haus unterstützen können

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Haustiere? (Wenn ja: welche? Wichtige Beziehungen bitte benennen)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Normaler Tagesablauf vor dem Einzug

Wir möchten, dass Sie sich im Maria-Stadler-Haus zuhause fühlen. Es würde uns sehr helfen, wenn Sie uns beschreiben, wie ihr Tag üblicherweise zuhause verläuft. Mit dem Wissen um diese Details und Abläufe werden wir uns bemühen, ihre Wünsche und Routinen in der täglichen Tagesgestaltung zu integrieren.

**1. Vormittag (ca. 6.00 Uhr bis 12.00 Uhr)**

---

---

---

---

---

---

**2. Nachmittag (ca. 12.00 Uhr bis 18.00 Uhr)**

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. Abend (ca. 18.00 Uhr bis 24.00 Uhr)**

---

---

---

---

---

---

---

---

**4. Nacht (ca. 00.00 Uhr bis 06.00 Uhr)**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Individuelle Vorlieben

### 1. Bei der Körperpflege

Wird Waschen, Baden, Duschen bevorzugt? \_\_\_\_\_

Häufigkeit Baden / Duschen; bestimmte Tage? \_\_\_\_\_

Gibt es spezielle Seifen, Düfte, Öle...? \_\_\_\_\_

Bei Männern: Nass- / Trockenrasur? Rasierwasser? \_\_\_\_\_

Zahnprothesen? Wo sind diese nachts? \_\_\_\_\_

Sonstige Besonderheiten / Anmerkungen: \_\_\_\_\_

### 2. Speisen: typische Vorlieben / Lieblings Speisen

Bitte geben Sie hier Vorlieben / Abneigungen an bzw. das, was zu Hause gegessen wurde. Bitte beachten sie, dass nicht alle Wünsche erfüllt werden können. Bitte sprechen Sie mit dem Wohnbereich ab, wenn Sie für Ihren Angehörigen etwas besorgen oder etwas für sich besorgen lassen

**Frühstück:** (Kaffee oder Tee; mit Milch und Zucker oder ohne; was wird gerne gegessen usw)

---



---



---

**Mittagessen:** (Süßspeisen oder deftig; Lieblingsessen; Abneigungen / Unverträglichkeiten; Getränk?)

---



---



---

**Abendessen:** (welche Getränke; warmes oder kaltes Essen; Suppen? usw.)

---



---



---

**Zwischenmahlzeiten?** (Spät abends, nachts; Kaffeetrinken? Zweites Frühstück?)

---



---



---



## Umgang mit Krankheit

Es geht uns hier nicht um eine ausführliche Krankengeschichte oder um medizinische Diagnosen.

Es geht uns vielmehr um den Umgang mit Krankheiten / Schmerzen, die Bewältigung von Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität. Es gibt Menschen in hohem Alter, die nie krank waren. Und es gibt Menschen, die von Jugend an mit Krankheiten zu kämpfen haben und lernen mussten, damit umzugehen.

### 1. Wie ist Ihr Angehöriger bisher mit Krankheiten umgegangen?

Waren ihr Angehöriger oft krank? Wie wurde damit umgegangen? Gibt es da Strategien / Gewohnheiten?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 2. Umgang mit Schmerzen

Hat Ihr Angehöriger oft / chronische Schmerzen? Wie beeinträchtigen Sie diese? Was hilft dagegen? Usw.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Was müssen wir sonst noch wissen?**

Welche zusätzlichen Informationen könnten hier für uns wichtig sein?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Bemühungen!