



# Kurzbiographie für Pflegedokumentation und Ergotherapie

Pflegeheim Köttewitz  
Köttewitz Nr. 8, 01809 Dohna  
Tel.: 035027 / 80 100  
Fax: 035027 / 80 280

Sehr geehrte Angehörige, Bekannte und Betreuer,

im Zusammenhang mit der Aufnahme des Ihnen nahestehenden oder anvertrauten Menschen in unsere Pflegeeinrichtung wollen wir mit der Erstellung einer Pflegeplanung beginnen, Für eine qualitätsvolle Planung von Pflege und Betreuung benötigen wir von Ihnen Informationen aus verschiedenen Lebensaktivitäten und –bereichen des Bewohners. So ermöglichen Sie uns, Lebensumfeld, Pflege, Betreuung und Versorgung so individuell wie möglich zu gestalten.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung!

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

**Geboren am** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_ **Familienstand** \_\_\_\_\_

**Eheschließung am** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_

**Name und Beruf des Ehepartners / Lebenspartners** \_\_\_\_\_

**Kinder**    nein     ja     **Anzahl** \_\_\_\_\_

Tochter, Sohn; Geburtsjahre	wohnt am Ort	in der Nähe	weit weg-
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Weitere Angehörige / besonderer Bezug zu / Geschwister** \_\_\_\_\_

**Schule von** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_

**Erlerner Beruf / Studium** \_\_\_\_\_

**Ausgeübte Tätigkeit** \_\_\_\_\_

**Kommunikation**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ist gern in Gesellschaft | <input type="checkbox"/> ist lieber allein     | <input type="checkbox"/> mangelnde Kommunikation aufgrund bisheriger Isolation |
| <input type="checkbox"/> Großer Freundeskreis     | <input type="checkbox"/> großer Bekanntenkreis | <input type="checkbox"/> Vereinsleben  |

**Interessen**

- Reisen       Theater       Kino       TV       Spielerunden

**Hobbies** \_\_\_\_\_

**Verhaltensweisen**

- |               |                          |                    |                          |               |                          |                   |                          |
|---------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| sportlich     | <input type="checkbox"/> | gesundheitsbewusst | <input type="checkbox"/> | modebewusst   | <input type="checkbox"/> | ordnungsliebend   | <input type="checkbox"/> |
| Tagmensch     | <input type="checkbox"/> | Nachtmensch        | <input type="checkbox"/> | Führungsnatur | <input type="checkbox"/> | immer beschäftigt | <input type="checkbox"/> |
| introvertiert | <input type="checkbox"/> | extrovertiert      | <input type="checkbox"/> | lebhaft       | <input type="checkbox"/> | mitteilsam        | <input type="checkbox"/> |
| ruhig         | <input type="checkbox"/> | laut               | <input type="checkbox"/> | fröhlich      | <input type="checkbox"/> | ängstlich         | <input type="checkbox"/> |

**Wohnsituation / Wohnort** (Stadt, Dorf, eigenes Haus, zur Miete, Haustiere, Garten ...)

*in der Kindheit* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*vor Heimeinzug* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie aus Ihrer Sicht, welche Einschränkungen oder Gewohnheiten der Bewohner in folgenden Bereichen aufweist.**

**Kommunikation** (z.B. Hören, Sehen, Sprechen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Orientierung** (z.B. örtlich, zeitlich, personenbezogen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ruhen und Schlafen** (z.B. Unruhe, Schlafstörungen, Früh- oder Spätaufsteher, Mittagsruhe) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Waschen und Kleiden** (z.B. Duschen/Baden, Rasieren, Zähneputzen, Schmuck, Parfum, Pflegelotionen, Kleidungsgewohnheiten tagsüber und nachts, Abneigungen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bewegung/ Aktivität** (z.B. Hilfsmittel, Sport, Spaziergänge) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Essen/ Trinken** (z.B. Lieblingsgerichte, Abneigungen, Allergien, Viel- oder Wenigesser)  
Frühstück \_\_\_\_\_

Mittag \_\_\_\_\_

Abendessen \_\_\_\_\_

**Gibt es aus Ihrer Sicht Erlebnisse Ihres Angehörigen/ Anvertrauten, die für die Pflege und das alltägliche Geschehen von Bedeutung sein könnten oder auf die Rücksicht genommen werden muss?** (z.B. früher typischer Tagesablauf, Erlebnisse in der Kriegszeit, politische Grundüberzeugungen, Werte die besonders wichtig sind...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_