

Name, Vorname des Bewohners: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

der Bogen wurde ausgefüllt von: _____

1. Kommunizieren

- a) Unterhalten Sie sich gern? Wenn ja über welche Themen? Mit wem unterhalten Sie sich gern? Ja Nein

Themen: _____

Personen: _____

- b) Verbringen Sie Ihre Zeit lieber ungestört allein oder in Gesellschaft? allein in Gesellschaft

- c) An welchen Aktivitäten haben Sie Freude? (Hobbys, Besuch von Veranstaltungen)

2. Sich bewegen¹

- a) Bewegen Sie sich gern? Ja Nein
 b) Wie häufig und wie lange halten Sie sich draußen auf?

- c) Welche Hilfsmittel verwenden Sie für die Bewegung und wie geübt sind Sie im Umgang damit?

- d) Welches persönliche Ziel möchten Sie bezogen auf ihre Bewegungsfähigkeit erreichen?

3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten

- a) Sind Sie Raucher? Ja Nein

- b) Sind Sie es gewohnt, kreislaufanregende und / oder beruhigende Getränke zu sich zu nehmen (anregend: z.B. Kaffee, Cola etc; beruhigend: z.B. heiße Milch, Rotwein, Melissentee)?

kreislaufanregend : _____

beruhigend : _____

¹ Die fett markierten AEDL sind zuerst zu bearbeiten.

c) In welchen Situationen haben Sie diese Getränke zu sich genommen?

d) Welche körperliche Einschränkung macht Ihnen am meisten Angst?

e) Haben Sie bestimmte Gewohnheiten bei der Medikamenteneinnahme? Welche?

4. Sich pflegen²

a) Hatten Sie Zuhause eine Badewanne oder eine Dusche? Badewanne Dusche

b) Welche Bade- und Duschgewohnheiten haben Sie (Häufigkeit, Temperatur etc.)?

c) Bevorzugen Sie bestimmte Körperpflegemittel? Welche?

d) Sind Sie bestimmte Körperreinigungs- und Körperpflegerituale gewohnt (z. B. Trocken- oder Nassrasur, bestimmte Körperstellen, Friseurbesuche, Maniküre, Pediküre, Schminken)?

e) Bevorzugen Sie bestimmte Zahnpflegeprodukte? Welche?

f) Haben Sie bestimmte Zahnpflegewohnheiten (z. B. elektrische Zahnbürste, Zahnseide)?

5. Essen und Trinken³

a) Was essen Sie am liebsten?

b) Was mögen Sie gar nicht?

c) Haben Sie gerne gekocht? Ja Nein

² Die fett markierten AEDL sind zuerst zu bearbeiten.

³ Die fett markierten AEDL sind zuerst zu bearbeiten.

d) Wie sind Ihre Essgewohnheiten? Wieviel essen Sie morgens, mittags, abends?

e) Haben Sie bestimmte Tischgewohnheiten (Beten etc.)?

f) Würdigen Sie Feste und Jahreszeiten mit einem besonderen Essen?

g) Was trinken Sie am liebsten?

h) Welches Getränk mögen Sie gar nicht?

i) Wie sind Ihre Trinkgewohnheiten (vorm, beim oder nach dem Essen, Menge, Getränkeart, Rituale)?

j) Gibt es für Sie Einschränkungen, z.B. religiöser Art, bezüglich des Essens und Trinkens?

6. Ausscheiden⁴

a) Zu welcher Tageszeit und wie oft am Tag haben Sie Stuhlgang?

morgens mittags abends Häufigkeit: _____

b) Nehmen Sie gewohnheitsmäßig Abführmittel? Ja Nein

c) Sind Sie bereits an bestimmte Hilfsmittel (z. B. Steckbecken, Urinflasche, Toilettensitzerhöhung, Toilettenstuhl, Inkontinenzprodukte) gewöhnt?

7. Sich kleiden⁵

a) Haben Sie einen bevorzugten Bekleidungsstil (Anzug, Röcke, Kleider etc.)?

b) Wie oft pro Woche sind Sie es gewohnt, ihre Kleidung zu wechseln?

c) Tragen Sie lieber einfarbige oder bunte Kleidung?

⁴ Die fett markierten AEDL sind zuerst zu bearbeiten.

⁵ Die fett markierten AEDL sind zuerst zu bearbeiten.

d) Welches Schuhwerk bevorzugen Sie?

8. Ruhen und Schlafen

a) Haben Sie besondere Schlaf- bzw. Einschlafrituale?

b) Wann gehen Sie zu Bett und wann sind Sie gewohnt, aufzustehen?

c) Schlafen Sie in der Regel durch? Ja Nein

d) Gibt es Besonderheiten in der Umgebung, die beachtet werden müssen (offenes oder geschlossenes Fenster, Gardine, Rollo, Nachtlicht)?

e) Sind Sie Schlafwandler, starker Träumer oder ein unruhiger Schläfer?

Schlafwandler starker Träumer unruhiger Schläfer

f) Welche Schlafkleidung sind Sie gewohnt?

9. Sich beschäftigen

a) Womit haben Sie sich in der letzten Zeit zu Hause beschäftigt? (Bsp. Fernsehen – was?; Radio – welcher Sender?; Musik – welche Musikrichtung?)

b) Womit möchten Sie sich hier beschäftigen?

c) Was konnten und können Sie besonders gut?

d) Sind Sie früher viel gereist? In welche Länder?

e) Lesen Sie gern? Was bevorzugt?

10. Sich als Mann oder Frau fühlen

a) Legen Sie wert darauf, bestimmte Frisuren, Schmuck oder Kosmetik zu tragen?

b) Ist das Geschlecht der Sie betreuenden Pflegekräfte und des Hausarztes für Sie von Bedeutung?

Nein, ist unerheblich Ja, ich würde eine Frau bevorzugen

Ja, ich würde einen Mann bevorzugen

c) Haben Sie bestimmte geschlechtsspezifische Gewohnheiten gepflegt (z.B. Stammtisch, Damenkranz, Schützenverein etc.)?

11. Für eine sichere Umgebung sorgen?

a) Bevorzugen Sie eine bestimmte / gewohnte Einrichtung ihres Zimmers (Standort Bett, Sessel, Sofa, Blickrichtung zur Tür oder zum Fenster)?

Nein Ja, folgendes soll beachtet werden : _____

b) Sind Sie schon einmal gestürzt? Ja Nein

c) Haben Sie Angst, zu stürzen? Ja Nein

d) Möchten Sie ein eigenes Telefon haben? Wo soll es stehen?

12. Soziale Bereiche des Lebens sichern?

a) Welche familiären / freundschaftlichen Kontakte haben Sie und welche möchten Sie weiterhin pflegen?

b) Welche Personen würden Sie als ihre wichtigsten Bezugspersonen bezeichnen?

c) Waren Sie aktiv in der Kirche oder in einem Verein tätig?

d) Wie sind Sie aufgewachsen (Eltern, ältere und jüngere Geschwister, Geburtsort, Schulbildung)?

e) Wie waren Ihre Lebensumstände als Erwachsene/r (Beruf, Wohnort, Ehe, Kinder, Freundschaften)?

f) Haben / hatten Sie Haustiere? Wenn ja, welche?

g) Würden Sie, wenn es möglich wäre, Ihr Haustier gern mitbringen? Ja Nein

13. Existentielle Erfahrungen des Lebens

a) Was war für Sie eines der schönsten Erlebnisse, worüber Sie sich heute noch freuen können?

b) Gibt es besondere Jahrestage, die Sie würdigen möchten (Hochzeits-, Todes-, Geburtstag etc.)?

c) Wie gehen Sie mit Problemen und Konfliktsituationen um (offen, ziehen Sie sich zurück, geraten Sie leicht in Stress oder in Panik, werden Sie schnell wütend etc.)?

d) Was war für Sie eines der schlimmsten Erlebnisse in Ihrem Leben?

e) Sind Sie religiös? Ja folgende Religion: _____ Nein

Was ist Ihnen in der Umsetzung der Pflege überdies noch wichtig?

Haben Sie darüber hinaus noch besondere Wünsche an uns?

Datum _____

Unterschrift des Bewohners oder Betreuers _____

Verteiler

Original: Bewohnerakte

VAN 040

