

## Biografiebogen

Sehr geehrte/r Bewohner/in,

damit wir auf Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse eingehen können, bitten wir Sie, uns Angaben zu Ihrer Biografie zu machen. Detaillierte Informationen helfen, das Einleben zu erleichtern und den persönlichen Tagesablauf zu strukturieren.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Team vom St. Josefs Haus.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Hilfe bei der Erstellung des Biografiebogens

Name: \_\_\_\_\_

Bezug zum Bewohner: \_\_\_\_\_

Kontakt (Telefon, E-Mail etc.): \_\_\_\_\_

### Familie und Freunde

Vater: \_\_\_\_\_ Mutter: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Geburtsort und spätere Wohnorte: \_\_\_\_\_

Ehe / Partnerschaft: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Weitere Bezugspersonen (Verwandte, Freunde, Nachbarn etc.): \_\_\_\_\_

Gab es besondere Gegebenheiten, oder einschneidende Erfahrungen (positiv/negativ)?

## Schule, Ausbildung, Beruf

---

---

## Essen und Trinken

Liebingsgetränke: \_\_\_\_\_

Lieblingsspeisen: \_\_\_\_\_

Welche Speisen oder Getränke mögen Sie überhaupt nicht? \_\_\_\_\_

Gibt es Lebensmittelunverträglichkeiten, oder Allergien? \_\_\_\_\_

---

## Tagesgestaltung

Wann stehen Sie gewöhnlich morgens auf? \_\_\_\_\_

Gibt es regelmäßige Rituale im Tagesverlauf (z.B. Morgenzeitung lesen, spazieren gehen, Mittagsschlaf, Rauchen, etc.)? \_\_\_\_\_

---

Wann gehen Sie gewöhnlich abends ins Bett? \_\_\_\_\_

Gibt es besondere Rituale zum Einschlafen, oder Vorbereitungen für die Nacht?  
(z.B. Einschlafposition, Musik, Fenster öffnen, Licht anlassen, Getränk am Bett, etc.)

---

---

## Persönlichkeit und Gewohnheiten

Halten Sie sich gerne in Gesellschaft auf, oder meiden Sie größere Gruppen?

---

Womit beschäftigen Sie sich gerne / haben Sie sich früher gerne beschäftigt?  
Haben bzw. hatten Sie irgendwelche Hobbys? (TV, Lesen, Gesellschaftsspiele, Handarbeiten,  
Sport/Vereine, Haustiere, etc.)?

---

---

Gehören Sie einer Konfession an? \_\_\_\_\_

Legen Sie Wert auf den Besuch des Gottesdienstes (bzw. regelmäßiges Beten, religiöse Feste und Feiertage, etc.)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Körperpflege und Äußeres

Gibt es besondere Vorlieben bei der Körperpflege (z.B. Duschen oder Baden, lieber morgens oder abends, etc.)?

\_\_\_\_\_

Benutzen Sie spezielle Pflegeprodukte? \_\_\_\_\_

Pflege der Zähne/Zahnprothese (Art und Häufigkeit)? \_\_\_\_\_

Wird die Zahnprothese auch über Nacht getragen? \_\_\_\_\_

Haarpflege (Haarwäsche, Rasur, Friseurbesuche): \_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Kleidungsvorlieben? \_\_\_\_\_

### Erkrankungen / Beeinträchtigungen

Einschränkung des Hörvermögens (Hörgerät etc.): \_\_\_\_\_

Einschränkung des Sehvermögens (Brille etc.): \_\_\_\_\_

Einschränkung des Bewegungsapparates: \_\_\_\_\_

### Anmerkungen / Änderungen / Nachträge

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_