

Biografischer Integrationsbogen

„Das Leben kann nur in der Schau nach rückwärts verstanden,
aber es kann nur in der Schau nach vorwärts gelebt werden.“

(Zitat von S. Kierkegaard, dän. Philosoph 1813-1855)

Name: _____ Vorname: _____

Befragung innerhalb der ersten zwei Wochen

1. Morgendliche Rituale

*Was ist das erste was Sie morgens tun
(z.B. Kaffee trinken, Spazieren gehen, Zeitung lesen, etc.)?*

Duschen oder Baden Sie lieber?
Duschen Baden

Welche Kleidung tragen Sie gerne?

Tragen Sie Schmuck?

Haben Sie eine bevorzugte Frisur?

2. Schlafrituale

Um wie viel Uhr gehen Sie in der Regel zu Bett?

Wann stehen Sie morgens auf?

Halten Sie Mittagsruhe?

- *Einschlafrituale:*

z.B.

- *Musik*
- *Lesen*
- *TV schauen*
- *Fenster offen* *oder geschlossen*
- *Eigene Bettwäsche*
- *Sonstiges* _____

3. Tagesgestaltung

Wie haben Sie Ihren Tag zu Hause verbracht?

Was stellen Sie sich unter Beschäftigung vor?

An welcher Beschäftigung möchten Sie gerne teilnehmen?

Gibt es Besonderheiten, die beachtet werden müssen?

In welchen weiteren Bereichen erhoffen Sie sich Unterstützung?

Welche weiteren Hilfsmittel benötigen Sie, um an der Beschäftigung teilzunehmen?

Welche Beschäftigung würden Sie sich von uns wünschen?

4. Lebensreise

Wo sind Sie geboren?

Wo sind Sie aufgewachsen?

Haben Sie Geschwister?

Informationen zu ihrem Lebenspartner?

Haben Sie Kinder?

Haben Sie Enkelkinder oder Urenkel?

Wer ist Ihre Bezugsperson?

Wie und wo haben Sie gewohnt?

Welchen Beruf haben Sie ausgeübt?

Haben Sie Traditionen oder Rituale in der Familie (z.B. Geburtstage, Religion)?

Welche Fähigkeiten und Interessen haben Sie?

- *Praktische Fähigkeiten:*
 - *Handwerkliche Fähigkeiten:*
 - *Hauswirtschaftliche Fähigkeiten:*
 - *Handarbeit:*
 - *Musik:*
 - *Instrument spielen:*
 - *Kunst:*
 - *Literatur:*
 - *Sport:*
 - *Haustiere:*
 - *Urlaub/ Reisen:*
 - *Sonstiges:*
-

Welche Beschäftigungsangebote nehmen Sie wahr?

Haben Sie prägende Ereignisse erlebt?

Gibt es noch Wünsche / Bedürfnisse / Veränderungen?

<i>Datum</i>	<i>Handzeichen</i>

Befragung innerhalb der ersten sechs Wochen

5. Momentaufnahme

Habens Sie sich eingelebt?

Wie schlafen Sie?

Wie fühlen Sie sich in Ihrem Zimmer?

Verstehen Sie sich mit ihrer Mitbewohnerin/ ihrem Mitbewohner?

6. Ernährung

Wie zufrieden sind Sie mit dem Essen?

Wie finden Sie den Ablauf beim Essen?

Fühlen Sie sich an ihrem Essensplatz wohl?

*Fühlen Sie sich im Alltag unsicher oder haben Sie vor etwas Angst
(z.B. beim Laufen, Waschen, Anziehen, Fahrstuhlfahren, etc.)?*

Können Sie sich in der Einrichtung orientieren?

- zeitlich ja nein
- räumlich ja nein
- Personen ja nein

Benötigen Sie noch weitere Unterstützung(z.B. Orientierungshilfen)?

→ bitte in der Maßnahmenplanung berücksichtigen und aufgreifen!

7. Kontakte

Haben Sie schon Kontakt zu anderen Bewohnern?

Kennen Sie die Heimführsprecherin?

Bekommen Sie Besuch von der Familie?

8. Alltag

Konnten Sie sich an unseren Tagesablauf gewöhnen?

Wie sind Sie mit unseren Leistungen zufrieden?

Haben Sie Verbesserungsvorschläge

(z.B. bei der Pflege, bei den Beschäftigungs-/Betreuungsangeboten)?

<i>Datum</i>	<i>Handzeichen</i>