**Biografie und Gewohnheiten**

Um Sie bestmöglich im Alltag zu begleiten und eine bewohnergerechte Pflege zu ermöglichen sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie die für Sie **wichtigen Punkte** auf dem Formular ausfüllen könnten.

Sie können das Formular elektronisch ausfüllen. Bitte fragen Sie nach der Mailadresse der Abteilung oder mailen Sie das ausgefüllte Formular an [anmeldung+beratung@zsburgdorf.ch](mailto:anmeldung+beratung@zsburgdorf.ch).

Sie können das Formular aber auch handschriftlich ausfüllen und dem Pflegeteam abgeben.

**Vorname, Name** (Bewohner/in) ausgefüllt von

|  |
| --- |
| **Herkunft, Kindheit und Jugend**  Wo und wie sind Sie aufgewachsen? |

|  |
| --- |
| **Erwachsenenalter**  Partnerschaft, Kinder, Freundschaften, Ausbildungen, ausgeübter Beruf oder Tätigkeit |

|  |
| --- |
| **Hobbys/Freizeitgestaltung**  Was sind Ihre Hobbys/Freizeitaktivitäten? Hören Sie gerne Musik, Radio? Wenn ja, was hören Sie gerne? Haben Sie ein Lieblingslied? Schauen Sie gerne TV? Wenn ja, welche Sendungen?  Was bedeutet für Sie Lebensqualität? |

|  |
| --- |
| **Momentane familiäre Situation**  Wichtige Personen in Ihrem Leben (Lebenspartner, Freundschaften, Kinder, Enkel) |

|  |
| --- |
| **Prägende Ereignisse und Lebensziele/Pläne**  Familie, Beruf, Schicksalsschläge, etc. Umgang mit Krisen/Konflikten: Was hilft Ihnen im Umgang mit Krisen/Konflikten (z. B. Religion, Natur, darüber sprechen)? Sind Sie eher ein/e Kämpfer/in oder stecken Sie eher den Kopf in den Sand? Was ist Ihnen im täglichen Leben wichtig? Wie gehen Sie mit Ihrer jetzigen Situation um? Mit welchen Erwartungen, Wünschen, Ängsten kommen Sie zu uns? |

|  |
| --- |
| **Tag-/Nachtrhythmus und Schlafgewohnheiten**  Wie sieht ein gewöhnlicher Tages-/Nachtablauf bei Ihnen aus? Wann gehen sie normalerweise ins Bett? Wann sind Sie üblicherweise wieder wach und wann möchten Sie etwa aufstehen? Wie schlafen Sie ein (Lage)? Wie würden Sie Ihren Schlaf beschreiben? Fenster offen, Licht? Leiden Sie unter Schlafproblemen? Wenn ja, was hilft Ihnen? Schlafrituale? |

|  |
| --- |
| **Essen/Trinken**  Was mögen Sie, was nicht? Gibt es besondere Rituale beim Essen (z. B. ein bestimmtes Getränk zu einer Mahlzeit)? Gibt es bezüglich Ihrer Religion Ess-/Trinkgewohnheiten? Nahrungsunverträglichkeiten,  spezielle Diät? |

|  |
| --- |
| **Genussmittel** (Rauchen, Alkohol,…) |
| Ja (Was, wie häufig, wann?)  Nein |

|  |
| --- |
| **Körperpflege und Kleidergewohnheiten**  Duschen, baden oder waschen: Wie oft? Warm oder kalt? Häufigkeit Haare waschen, Coiffeur? Rasur, Epilation, Schminken, spezielle Pflegemittel, weitere Gewohnheiten? Zahnpflege? Welche Kleider tragen Sie gerne? |

|  |
| --- |
| **Umgang mit Schmerzen**  Leiden Sie unter chronischen Schmerzen? Wie gehen sie mit Schmerzen um? Was hilft Ihnen dabei (Ruhe, Alternativtherapien, Arzneimittel, Bewegung, Wärme, Kälte)? Sprechen Sie den Schmerz an oder leiden Sie still? |

|  |
| --- |
| **Religion/Spirituelle Aspekte**  Was ist wichtig für uns zu wissen? Gibt es Rituale, welche Ihnen wichtig sind? |

|  |
| --- |
| **Wünsche/Anliegen zum Thema Sterben und Tod**  Wünschen Sie eine Begleitung durch eine Bezugsperson oder durch seelsorgerische Betreuung (wenn ja, durch wen)? Haben Sie einen Kleidungswunsch, etc.? Gibt es einen bestimmten Gegenstand, der bei der Aufbewahrung in Ihre Hände gelegt werden soll? Wünschens Sie ein besonderes Ritual? |
| Sind Sie Mitglied bei Exit oder Dignitas?  Ja  Nein |