

### 1. Basisinformationen

Name, Vorname(n):	
Geburtsname:	
Ggf. Spitzname:	
übliche Anrede:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Religionszugehörigkeit:	
Familienstand:	
Familienverhältnisse (Partner, Kinder usw.)	

### letzter Lebensort:

- bei den Eltern/ Geschwistern/ Verwandten
- In einer Einrichtung für gemeinschaftliches Leben (bitte alle Lebensorte erfassen, soweit möglich)

Name der Einrichtung	von-bis

### Eltern und/ oder Bezugspersonen

Mutter (Name, Vorname) - Tätigkeit- Beziehung:
Vater (Name, Vorname) - Tätigkeit- Beziehung:

### Geschwister

Reihenfolge – Beziehung:
Namen/ Spitznamen:
Lieblingsgeschwister:

## Kindheit/ Jugend

Wie wurde diese Zeit erlebt? (prägende Erlebnisse, besondere schönste/schlimmste Erinnerungen...)

## Familienleben (Erinnerungen abrufen)

Großeltern:

Verwandte/ Nachbarn/ Freunde der Eltern etc.:

Wohnverhältnisse:

Wirtschaftliche Verhältnisse:

## Schulbesuch/ berufliche Bildung:

## Berufsweg:

## 2. Aktuelle Lebenssituation

Was macht Sie aus?

Vorlieben:

Hobbys:

Besondere Fähigkeiten/ Fertigkeiten:

### Soziale Kontakte/ Besuchskontakte:

(Familiäre) Bezugspersonen

Besuche wann/ wer?

Bekannte Kontaktabbrüche- wann/ wer/ verstorben? Von wem ausgehend-Gründe?

Kontakte außerhalb der Einrichtung (pos./ neg.):

Kontakte innerhalb der Einrichtung:

Bezugsbetreuende.
Kontakte im Arbeits-/ Freizeitbereich:
Unerwünschte Kontakte /konfliktbehaftete Beziehungen:

### Religiöse Prägung

--

### 3. Arbeit/ Tätigkeiten/ Aufgabenbereiche

Aufgaben in der Wohneinrichtung:
Freiwillig übernommene Dienste:
Ungeliebte Aufgaben:
Aktuelle Situation:

### Tätigkeit im Arbeitsleben/ Förderung

Aufgaben/ beliebte Förderbereiche:
------------------------------------

Materialien/ Vorlieben/ Abneigungen:
Besondere Fähigkeiten/ Fertigkeiten:
Leistungsfähigkeit:

**4. Aktivitäten/ Beziehungen/ existenzielle Erfahrungen des Lebens**  
**Sprachliche Kommunikation:**

(Ausgangs-) Sprachvermögen:
Konzentrationsfähigkeit:
Lieblingsthemen:
Lieblingslieder/-geschichten:
Bekannte „Zauberwörter“:
Bekannte Reizwörter:
Digitale Kompetenz (Umgang mit digitalen Geräten/ Medien):
Umgang mit Finanzen (Geld):
Kulturtechniken (Lesen/ Schreiben):

Sinneseinschränkungen:
Angeborene Einschränkung:
Erworbene Einschränkungen:
Dolmetscherfunktion (durch wen?):
Rituale:

### **Nonverbale Kommunikation**

Kommunikationshilfsmittel:
Bekannte Gebärden:
Bekannte Symbole:
Bevorzugte Körperteile für Berührungen (Kopf, Hände, Arme, Rücken):
Rituale:
Nonverbale Ausdrucksfähigkeit/ Einschränkungen (z.B. kann den rechten Arm nicht strecken, kann besonders gut seine Gefühle mimisch ausdrücken durch...):

--

### **Sich bewegen**

Aktivitätsmöglichkeiten:

--

Aktionsradius:

--

Ausdauer:

--

Stereotype Bewegungsmuster:

--

### **Sich pflegen**

Vorlieben/ Waschgewohnheiten (Duschen oder Baden, Temperatur, Zusätze/ Düfte, bevorzugte Tageszeiten der Körperpflege):

--

Rituale:

--

Biografisch geprägte Abneigungen:

--

### **Sich Anziehen und Kleiden**

Legt Wert auf selbständiges An- und Ausziehen:

--

Bevorzugte Kleidung (Material/ Passform...)

--

Farbe der Kleidung:

--

Anlass-/ Witterungsgemäße Kleidung auswählen:

--

Orientiert sich an Kleidung von Mitbewohnern:
Wäsche selbständig nehmen, wird hinterlegt, wird gereicht?
Besonderheiten (z.B. zieht Unterhosen immer falsch herum an):
Häufiges Umkleiden am Tag:
Abneigungen/ Wäscheverstecke:
Rituale:

### **Sich beschäftigen (Freizeit)**

Bevorzugte Medien (z.B. Fernsehen, Radio, Zeitschriften):
Bevorzugte Aufenthaltsorte:
Interessen (z.B. Musik, Sammelleidenschaft):
Rituale:

### **Sich ernähren**

Lieblingsspeisen:
-------------------

Lieblingsgetränke:
Lieblingsgeschirr:
Tischkultur:
Speisen- und Getränkeabneigungen:
Essen in Gemeinschaft oder alleine:

### **Sich Ausruhen und Schlafen**

Ruhezeiten:
Aufsteh- und Schlafenszeiten:
Schlafgewohnheiten:
Schlafkleidung:
Lage:
Weckgewohnheiten:

### **Freundschaften/ Partnerschaft/ Sexualität**

Beziehungen:
--------------

Bekannte sexuelle Orientierung:
Bekannte sexuelle Vorlieben:
Ist sexuelles Verlangen beobachtbar? Wie äußert sich das?
Wie wurde bisher mit dem Thema Sexualität umgegangen?

**5. Behinderungs-/ krankheitsbedingte Verhaltensweisen:**

Suchtverhalten:
Zwang: Situative Verhaltensweisen (Situation benennen) Episodische Verhaltensweisen Psychische Symptome (wenn überdauernd z.B. Hospitalisierung)
Möglichkeiten der Beruhigung bei aufgebrachter Stimmung:

CHH-BWM-001-01		Seite	 <b>Chausseehaus</b> Neue Wege für Menschen mit Behinderung
Revision/Datum: 1/01.01.2020	<b>Biografiebogen</b>	12 / 14	

## 6. Wichtige persönliche Ereignisse

### Besonders schöne Ereignisse

(z.B. ein schöner Urlaub, ein toller Ausflug, der Hund der Familie, ein tolles Geburtstagsfest)

**Wertvorstellung –Was ist Ihnen wichtig?** (z.B. Erinnerungsstücke, Ehrlichkeit, Selbstbestimmung, Treue, Ordnung, Gerechtigkeit, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit)

**Traumatische Ereignisse** (z.B. Erlebnisse, die mit großer Angst oder mit Schrecken verbunden sind „z.B. Bestrafungsrituale aus früheren Aufenthalten in Einrichtungen, sexuelle Übergriffe, Nahrungsverweigerung“)

### 7. Zukunftsvorstellungen

Wünsche:

Ängste:

Wünsche für Sterbebegleitung/ Beisetzung:

Ort und Datum.....

.....

.....

CHH-BWM-001-01		Seite	 <b>Chausseehaus</b> Neue Wege für Menschen mit Behinderung
Revision/Datum: 1/01.01.2020	<b>Biografiebogen</b>	14 / 14	

Meine Unterschrift

Unterschrift Assistenz / gesetzliche Vertretung

### Stammdatenblatt gesetzlicher Vertreter

**Verein/Behörde:** \_\_\_\_\_

**Name (Geburtsname):** \_\_\_\_\_

**Vorname(n) (Rufname unterstreichen):** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift (Vor und Zuname)

