

## 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>