

Lebensgeschichte

1. Personalien

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____

Zivilstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

2. Familiensituation

Aufgewachsen: im Elternhaus bei Pflegeeltern in Institution

Noch lebende Elternteile: Vater Mutter

Geschwister: Anzahl: _____

Kinder: Anzahl: _____ Jahrgang: _____

3. Schulen / Ausbildung / frühere Tätigkeiten

Sonderschule Primarschule Sekundarschule Gymnasium

Anlehre, welche/wo: _____

Berufslehre, welche/wo: _____

Studium, welches/wo: _____

Ausgeübte berufliche Tätigkeiten keine Std./Tag Tage/Woche

Wann, was, wo: _____

Wann, was, wo: _____

Arbeit in geschützten Werkstätten keine

Wann, was, wo: _____

Wann, was, wo: _____

Beschäftigung / Atelier keine

Wann, was, wo: _____

Wann, was, wo: _____

Bisherige Tagesstruktur keine

Morgen: _____

Nachmittag: _____

Abend: _____

Wochenende: _____

Freizeit:

4. Selbständigkeiten

Gehfähigkeit:	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> Nur mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel welche?
Benutzen öffentl. Verkehrsmittel:	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Nur bekannte Strecken selbständig	<input type="checkbox"/> Mit Hilfe, z.B. Fahrplan suchen	<input type="checkbox"/> Nur mit Begleitung
Essen / Trinken:	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Allergien welche?	<input type="checkbox"/> Mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> Nur mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Vegetarisch
Grundpflege:	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Mit Anleitung	<input type="checkbox"/> Mit Kontrolle	<input type="checkbox"/> Nur mit Hilfe
Orientierung:	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Leichte Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	zur eigenen Person <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
	<input type="checkbox"/> Zeitlich	<input type="checkbox"/> Zeitlich	<input type="checkbox"/> Zeitlich	
	<input type="checkbox"/> Örtlich	<input type="checkbox"/> Örtlich	<input type="checkbox"/> Örtlich	
	<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> Örtlich <input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> Situation	
Kommunikation:	Selbständig <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe	Verbal <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> nicht möglich	Nonverbal <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> nicht möglich	Schriftlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> nicht möglich
Alltagsgestaltung:	<input type="checkbox"/> weitgehend selbständig	<input type="checkbox"/> Mit wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> Nur mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Kann/will am Heimplatz nicht teilnehmen
Tagesrhythmus:	<input type="checkbox"/> Tagsüber aktiv	<input type="checkbox"/> Tag/Nacht Umkehr	<input type="checkbox"/> Zeitweise Unruhe tagsüber	<input type="checkbox"/> Dauernde Unruhe tagsüber
	<input type="checkbox"/> Nachts ruhig	<input type="checkbox"/> Nachts ruhig mit Medikament	<input type="checkbox"/> Zeitweise Unruhe nachts	<input type="checkbox"/> Dauernde Unruhe nachts
Sozialverhalten:	<input type="checkbox"/> Kaum Unterstützung nötig im Zusammenleben in Gruppen	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung gutes Zusammenleben In Gruppen möglich	<input type="checkbox"/> Zusammenleben in Gruppen nur mit viel Einzelbetreuung möglich	<input type="checkbox"/> Integrationsschwierigkeiten / Rückzugstendenz

5. Besondere Bedürfnisse

Interessen / Hobbys, früher:

Heute:

Umgang mit Geld:

Schlafgewohnheiten:

Essgewohnheiten:

Weitere Bemerkungen, gemachte Erfahrungen, Anregungen, Wünsche:

Ressourcen:

6. Kurze Biografie

7. Vertretungsberechtigte Personen bei medizinischen Massnahmen (Art. 378, ZGB): Name, Adresse, Tel.-Nr., E-Mail

1. In einer Patientenverfügung oder einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person:

- Patientenverfügung ja nein
- Vorsorgeauftrag ja
Hinterlegt bei:



2. Der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht in medizinischen Massnahmen:

3. Ehegatte oder eingetragene PartnerIn, im gleichen Haushalt lebend oder regelmässig und persönlich Beistand leistend:

4. Person, im gleichen Haushalt lebend und regelmässig und persönlich Beistand leistend:

5. Nachkommen, wenn sie regelmässig und persönlich Beistand leisten:

6. Eltern, wenn sie regelmässig und persönlich Beistand leisten:

7. Geschwister, wenn sie regelmässig und persönlich Beistand leisten:

8. Freunde/Bekannte:

9. Ausgefüllt durch:

Name / Vorname :

Adresse:

Ort, Datum:

Unterschrift
