



**Biographiebogen für Patienten mit Demenz (Formular für Angehörige)**

<b>Kontaktaufnahme ist erwünscht bei..</b>		<b>Wann wünschen Sie den Kontakt</b>	
<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Probleme bei Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> nur tagsüber
<input type="checkbox"/> Angstzustände	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> nur nachts	<input type="checkbox"/> von _____ bis _____ Uhr
		<input type="checkbox"/> sonstiges _____	
<b>Essen und Trinken (Wünsche/ Vorlieben) :</b>		<b>Wichtig im Kontakt mit Patienten:</b>	
Lieblingsgetränk zum Frühstück _____		Religion <input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig _____	
Lieblingsgetränk tagsüber _____		Muttersprache/ Dialekt _____	
Abneigungen _____		Ehemaliger Beruf _____	
Verschluckt sich öfters: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____		Beschäftigt sich gerne mit _____	
Essgewohnheiten _____		Hört gerne Radio _____	
<b>Frühstück</b> <input type="checkbox"/> süß mit Honig/Marmelade <input type="checkbox"/> herzhaft: Wurst/Käse		Bevorzugte Fernsehsendungen _____	
_____		sonstiges _____	
_____			
<b>Mittagessen</b> <input type="checkbox"/> Suppe <input type="checkbox"/> Nachtisch		<b>Sonstige Gewohnheiten,</b>	
_____		z.B. in Stresssituationen, beim Einschlafen, bei Pflegemaßnahmen	
_____		_____	
<b>Abendessen</b> <input type="checkbox"/> Suppe <input type="checkbox"/> Brei _____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
<b>Sonstiges</b>		_____	
_____		_____	