

**ÖSTRA
GÖINGE**

MIN LEVNADSBERÄTTELSE



Min levnadsberättelse

Det är betydelsefullt att du eller dina anhöriga berättar om dig själv, dina vanor, glädjeämnen och särskilda önskemål. Det är bra att du har skrivit ner saker och händelser som varit och är viktiga för dig. Din levnadsberättelse kan hjälpa oss att lära känna dig och förstå ditt sätt att tänka, känna och reagera. Då vet vi hur du vill ha det i fortsättningen och du kan få en så god livskvalitet som möjligt. Det är helt frivilligt för dig att svara på frågorna.

Materialet är skyddat av sekretesslagen vilket innebär att personalen inte får föra vidare information om dig. All personal har dessutom tystnadsplikt.

Namn:

Datum:

UPPGIFTSLÄMNARE:

Är du anhörig, närstående, kontaktperson, vårdpersonal, annat:

.....

När min levnadsberättelse inte är aktuell längre ska den:

Makuleras

Ges till anhörig

Namn på anhörig som min levnadsberättelse ska överlämnas till:

.....

PERSONUPPGIFTER

Namn:

Adress:

Telefon/mobil:

Civilstånd (ogift, gift eller registrerad partner, skild, änka, änklings):

.....

Tidigare efternamn:

Eventuellt "smeknamn" som du vill använda:

Ansvarig för ekonomi:

Jag har skrivit en framtidsfullmakt som förvaras hos:

.....

NÄRMAST ANHÖRIG

Namn:

Adress:

E-post:

Telefon:

Relation:

Barn och deras bostadsorter (födelseår, hur mycket kontakt vi har/haft/vill ha?):

.....

.....

Barnbarn:.....

.....

Betydelsefulla vänner:

.....

.....

Husdjur (namn och vilken typ av djur):

BARNDOM OCH UPPVÄXT

Födelseort:

Föräldrarnas namn och yrke:

.....

Syskonens namn (födelseår, hur mycket kontakt vi har/haft/vill ha?):

.....
.....

Plats i syskonskaran:

.....

Syskon i livet:

Atmosfären i barndomshemmet (sträng, tillåtande, varm, pliktfyllt):

.....
.....

Vänner och andra viktiga personer under barndomen och uppväxttiden:

.....
.....
.....

Något som du ofta minns och pratar om när det gäller barndom och uppväxttid:

.....
.....
.....

Skola och utbildning:

.....
.....
.....

Värnplikten/militärtjänstgöring gjorde jag – som, i stad, regemente:

.....

Yrkesliv och arbetsplatser och vad det betytt:

.....
.....
.....

Bostadsorter:

.....
.....
.....
.....

Händelser och saker i vuxenlivet som du ofta minns och talar om:

.....
.....
.....
.....

Någon stor sorg/livskris:

.....
.....

Jag är/har varit orolig, rädd, bekymrad för:

.....
.....

Jag är högerhänt vänsterhänt

PERSONLIGHET

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Utåtriktad | <input type="checkbox"/> Social | <input type="checkbox"/> Glad |
| <input type="checkbox"/> Pratglad | <input type="checkbox"/> Blyg | <input type="checkbox"/> Tystlåten |
| <input type="checkbox"/> Försiktig | <input type="checkbox"/> Orolig | <input type="checkbox"/> Positiv |
| <input type="checkbox"/> Ledsen | <input type="checkbox"/> Noggrann | <input type="checkbox"/> Skojfrisk |

Beskriv gärna din personlighet/hur du är som person:

.....
.....

Personliga tillhörigheter som är viktiga:

.....
.....
.....
.....

Tycker du om gruppaktiviteter? Ja Nej

Uppskattar du ensamhet? Ja Nej

Kommentar:

.....
.....

Det här tycker jag om att göra en vanlig dag:

.....
.....
.....
.....
.....

Det här tycker jag är intressant att diskutera/prata om:

.....
.....
.....

Det här tycker jag *inte* om att diskutera/prata om:

.....
.....
.....

Det här blir jag glad av/tycker om – personer, situationer, aktiviteter m.m.:

.....
.....
.....

Det här tycker jag *inte* om – situationer, aktiviteter m.m.:

.....
.....
.....

Traditioner/högtider/högtidsdagar som är viktiga för mig – och så vill jag fira dem:

.....
.....
.....
.....

Livsåskådning/religion – utövar den aktivt? Viktigt att ta hänsyn till utifrån min tro:

.....
.....
.....

Vilka är dina tankar kring livet och döden?

.....
.....
.....

Vad kommer vara viktigt för dig när du är döende?

.....
.....
.....

INTRESSEN Jag tycker om, beskriv gärna under kommentarer nedan:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bär/svampplockning | <input type="checkbox"/> Snickeri | <input type="checkbox"/> Matlagning/bakning |
| <input type="checkbox"/> Trädgård/blommor | <input type="checkbox"/> Jakt/fiske/skytte | <input type="checkbox"/> Fotografering |
| <input type="checkbox"/> Gå i affärer | <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Handarbete/hantverk |
| <input type="checkbox"/> Promenader | <input type="checkbox"/> Sällskapsspel/kortspel | <input type="checkbox"/> Kläder och mode |
| <input type="checkbox"/> Spel/tips/trav/bingo | <input type="checkbox"/> Böcker | <input type="checkbox"/> Motor/teknikintresse |
| <input type="checkbox"/> Data/TV-spel | <input type="checkbox"/> Dans | <input type="checkbox"/> Skriva dikter/berättelser |
| <input type="checkbox"/> Resor | <input type="checkbox"/> Föreningsliv | <input type="checkbox"/> Språk/kulturer |
| <input type="checkbox"/> Sång och musik | <input type="checkbox"/> Datorer/annan teknik | <input type="checkbox"/> Heminredning/dekoration |
| <input type="checkbox"/> Målning/teckning | <input type="checkbox"/> Motion/idrott | <input type="checkbox"/> Friluftsliv |

Annat:

Samlar på:

.....

Kommentarer till Intressen och hobby (t ex blommor du tycker om, musikinstrument du spelar):

.....
.....
.....
.....
.....

Beskriv din musiksmak nu och tidigare:

.....
.....

Musik jag *inte* tycker om:

.....
.....

Favoritartister, författare och skådespelare:

.....
.....
.....

Dagstidningar, tidskrifter och annat jag läser och som jag skulle vilja ha hjälp med att läsa:

.....
.....
.....

Tv- och radioprogram som jag tycker om:

.....
.....
.....

Tv- och radioprogram jag *inte* tycker om:

.....
.....
.....

Kultur jag är intresserad av:

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Film/Bio | <input type="checkbox"/> Teater | <input type="checkbox"/> Konserter |
| <input type="checkbox"/> Musikal | <input type="checkbox"/> Museum | <input type="checkbox"/> Litteratur |
| <input type="checkbox"/> Konst | <input type="checkbox"/> Opera | <input type="checkbox"/> Språk |
| <input type="checkbox"/> Arkitektur/byggnader | <input type="checkbox"/> Mode/formgivning | <input type="checkbox"/> Matlagning |

Annat:

.....

.....

MAT, DRYCK OCH MÅLTIDSVANOR

Jag är allergisk/intolerant mot:

.....

.....

.....

Mat jag tycker om (huvudrätt, dessert, smak m.m.):

.....

.....

.....

Dryck jag tycker om – hur jag vill ha de serverade:

.....

.....

.....

Mat och dryck jag *inte* tycker om/*inte* vill ha:

.....

.....

.....

Jag äter oftast:

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Långsamt | <input type="checkbox"/> Fort |
| <input type="checkbox"/> Ensam | <input type="checkbox"/> Gemensamt |
| <input type="checkbox"/> Vid dukat bord | <input type="checkbox"/> På bricka |

Mina matvanor ser ut så här – mat, dryck och hur jag vill ha dem serverade m.m.

Frukost ca kl.

.....
.....
.....

Mellanmål på förmiddagen ca kl.

.....
.....
.....

Lunch/middag ca kl.

.....
.....
.....

Mellanmål på eftermiddagen ca kl.

.....
.....
.....

Middag/kvällsmat ca kl.

.....
.....
.....

Senare kvällsmål ca kl.

.....
.....
.....

Mat och dryck som är viktigt för mig vid högtider, helger:

.....
.....
.....

Vanor jag önskar fortsätta med: Godis, tobak, kaffebröd, alkohol m.m. – när, var och hur ofta och vilken/vilka sorter:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

SÖMN OCH VILA

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Morgonpig | <input type="checkbox"/> Morgontrött | <input type="checkbox"/> Vaknar ofta/helst kl. _____ |
| <input type="checkbox"/> Kvällspigg | <input type="checkbox"/> Kvällstrött | <input type="checkbox"/> Vill lägga mig ca. kl. _____ |
| <input type="checkbox"/> Lättväckt | <input type="checkbox"/> Sover tungt | <input type="checkbox"/> Van att vila under dagen |
| <input type="checkbox"/> Vill gärna ligga och dra mig | | <input type="checkbox"/> Vill gärna komma upp direkt |
| Van att gå i och ur sängen på: | <input type="checkbox"/> Vänster sida | <input type="checkbox"/> Höger sida |

Detta vill jag att ni tänker på när jag vaknar och ska stiga upp:

.....
.....

Detta vill jag att ni tänker på för att jag ska kunna somna/sova:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mörklagt | <input type="checkbox"/> Tänd lampa | <input type="checkbox"/> Nattkläder |
| <input type="checkbox"/> Svalt i rummet | <input type="checkbox"/> Varmt i rummet | <input type="checkbox"/> Lyssna på radio/tv |
| <input type="checkbox"/> Vattenglas | <input type="checkbox"/> Något att dricka | <input type="checkbox"/> Något att äta |

Annat, t ex sovställning, en eller flera kuddar:
.....
.....

DUSCH/BAD

Jag är van att:

Duscha Bada

Helst på: Morgonen Kvällen

Så ofta vill jag duscha/bada:

Jag är: Frusen av mig Varm av mig

Viktigt för mig i samband med dusch (stå, sitta, temperatur, rädd för vatten m.m.):

.....
.....
.....

TAND- OCH MUNVÅRD

Egna tänder Inplantat Hel/del protes

Borstar tänderna (antal ggr/dag, före eller efter måltid m.m.):

.....
.....

Använder följande munvårdsprodukter (munskölj, speciell tandkräm, tandstickor):

.....
.....

Känsliga tandhalsar som isar lätt Ja Nej

Tandläkare/tandhygienist jag går till (Oral care):

.....
.....

KLÄDVANOR, MAKEUP, HÅR, RAKNING

Favoritplagg/kläder, skor, färger och material:

.....
.....
.....

Kläder, skor jag absolut *inte* trivs i eller vill ha:

.....
.....

Så vill jag vara klädd – vardag och helg:

.....
.....
.....

Frisyr – vardag, helg, färg, permanent m.m.:

.....
.....

Använder makeup – vad, när och märke:

.....
.....

Hygienartiklar jag använder – parfym, tvålar, schampo, rakvatten, lotion:

.....
.....
.....

Rakning - hur ofta:

.....
.....
.....

ÖVRIG VÅRD:

Fotvård:

Nagelvård – klippning, nagellack m.m.:

.....
.....

Syn – bra, dålig ev. hjälpmedel; glasögon, förstoringsglas, extra stark lampa m.m.

.....
.....

Optiker:

Hörsel – bra, dålig, ev. hjälpmedel:

.....

Hörselcentral/audionom:

Ytterligare information:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....