|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Abklärungsbogen Besuchsdienst | | | | | | |
| KONTAKTPERSONEN | | | | | | |
| Heim/Abteilung: | | | | | | |
| Bezugsperson auf der Abteilung:  Tel. | | | E-Mail: | | | |
| Angehörige (Art der Beziehung, Name und Adresse): | | | | | | |
| Tel. | | | E-Mail: | | | |
| Beistand (Name und Adresse): | | | | | | |
| Tel. | | | E-Mail: | | | |
| FINANZIERUNG | | | | | | |
| Rechnungsadresse: | Kund\*in | | Kund\*in, c/o Heimadresse | | | Angehörige |
|  | Beistand | | andere: | | | |
| Finanzierung des Besuchsdienstes geklärt: | | ja  nein | | | | |
| PERSONALIEN BEWOHNER\*IN | | | | | | |
| Name:       Vorname:       Geburtsdatum: | | | | | | |
| Heim-/Private Adresse:       Telefon Nr. Heim oder Privat  Stockwerk:       Zimmer-Nr.:       Lift:  ja  nein | | | | | | |
| MÖGLICHE EINSATZTERMINE | | | | | | |
| Wochentag: | Häufigkeit: | | | Zeit: | Einsatz Beginn: | |
| AUFTRAGSDEFINITION | | | | | | |
| spazieren | Gesellschaft leisten | | | spielen/singen/vorlesen | einkaufen | |
| Restaurantbesuch | Mithilfe auf der Abteilung | | | andere: | | |
| INFORMATION GESUNDHEIT | | | | | | |
| Relevante Erkrankungen für den Besuch  (Demenz, Epilepsie, Hirnverletzungen, Diabetes, Psych. Erkrankungen, Schwindel, Hör- und Sehbehinderung, Schluckbeschwerden, Allergien, Mobilität)    Der/die Kund\*in ist über die Angaben in diesem Formular informiert und mit der Weitergabe der Daten einverstanden. | | | | | | |