|  |
| --- |
| 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. |