|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **1. Vor Aufnahme der Tätigkeit** |
| 1.1. Anleiten  |
|  |
|  | ***Leistungsbeschreibung und Begründung:****Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?Pkt: |
| Nachweisquelle |  |
|   |   |   |
| **2** | **2. Tagesstrukturplatz** |
| 2.1. Einrichten |
|  |
|  | ***Leistungsbeschreibung und Begründung:****Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?Pkt: |
| Nachweisquelle |  |
|  |   |   |   |   |   |
| **3** | **3. Während der Tätigkeit** |
| 3.1. Unterstützen, Begleiten |
|   |
|  | ***Leistungsbeschreibung und Begründung:****Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?Pkt: |
| Nachweisquelle |  |
|   |   |   |   |   |   |
| **4** | **4. Tätigkeitsresultat** |
| 4.1. Überprüfen |
|  |
|  | ***Leistungsbeschreibung und Begründung:****Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?Pkt: |
| Nachweisquelle |  |
|   |   |   |   |   |   |
| **5** | **5. Psychische Beeinträchtigungen und herausfordernde Verhaltensweise** |
| 5.1. Nähe und Distanz, Auto- und Fremdaggressionen |
|   |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:****Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?Pkt: |
| Nachweisquelle |  |
| 5.2. Psychische Krankheitssymptome, behinderungsbedingte Verhaltensauffälligkeiten und  erwachsenenschutzrechtliche Massnahmen |
|  |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:****Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?Pkt: |
| Nachweisquelle |  |
| 5.3. Weglaufen mit Selbstgefährdung |
|  |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:****Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?Pkt: |
| Nachweisquelle |  |
|     |   |   |
| **6** | **6. Pflege und Ernährung** |
| 6.1. Körperpflege und besondere medizinische Massnahmen |
|   |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:****Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?Pkt: |
| Nachweisquelle |  |
| 6.2. Nahrungseinnahme während der Zwischenmahlzeiten |
|  |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:****Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?Pkt: |
| Nachweisquelle |  |
|     |
| **7** |   **7. Arbeitsfähigkeit und stellvertretender Informationsaustausch** |
| 7.1. Arbeits- und Handlungsfähigkeit |
|  |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:****Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?Pkt: |
| Nachweisquelle |  |
| 7.2. Stellvertretender Informationsaustausch |
|  |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:****Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?Pkt: |
| Nachweisquelle |  |