|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Verhaltensweisen** | | | | | | |
| 5.1. Sucht | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ***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. Nähe und Distanz, Auto- und Fremdaggression | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ***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. Psychische Krankheitssymptome | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ***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. Pflege und Ernährung** | | | | | | |
| **6** | 6.1. Adäquates Auftreten 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. Arbeitsfähigkeit und stellvertretender Informationsaustausch** | | | | | | |
| **7** | 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 | |  | | | | |