|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **1. Pflege und Ernährung** | | | | |
| 1.1. Medikamenteneinnahme und Medikamentencompliance | | | | |
|  | | | | |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:***  *Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?  Pkt: | | | | |
| Nachweisquelle | |  | | |
| 1.2. Gesundheitsrelevante Zusammenarbeit | | | | |
|  | | | | |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:***  *Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?  Pkt: | | | | |
| Nachweisquelle | |  | | |
| 1.3. Körperpflege, besondere medizinische Massnahmen und Nahrungseinnahme | | | | |
|  | | | | |
|  | ***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. Bekleidung und Mobilität** | | | | |
| 2.1. Ankleiden, Arbeitsweg und Behördengänge | | | | |
|  | | | | |
|  | ***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. Lebenspraktiken** | | | | |
| 3.1. Lebenspraktische Fähigkeiten | | | | |
|  | | | | |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:***  *Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?  Pkt: | | | | |
| Nachweisquelle | |  | | |
| 3.2. Soziale Integration | | | | |
|  | | | | |
| ***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. Individuelle Ziel- und Entwicklungsplanung | | | | |
|  | | | | |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:***  *Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?  Pkt: | | | | |
| Nachweisquelle | |  | | |
| 3.4. Freizeitaktivitäten | | | | |
|  | | | | |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:***  *Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?  Pkt: | | | | |
| Nachweisquelle | |  | | |
| 3.5. Administrative Aufgaben | | | | |
|  | | | | |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:***  *Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?  Pkt: | | | | |
| Nachweisquelle | |  | | |
| 3.6. Regelverletzendes Verhalten | | | | |
|  | | | | |
|  | ***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. Sicherheit und Stabilität** | | | | |
| 4.1. Betreuung in der Nacht | | | | |
|  | | | | |
| ***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 | | | | |
|  | | | | |
| ***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, 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 | |  | | |
| 5.4. Rechtlich abweichendes Sexualverhalten | | | | |
|  | | | | |
| ***Leistungsbeschreibung und Begründung:***  *Was* tut(n) die Betreuungsperson(en) *wie oft* und *wozu / weshalb* gemeinsam mit bzw. stellvertretend für die betreute Person?  Pkt: | | | | |
| Nachweisquelle | |  | | |