


1015	Formular	
	Mitarbeiter-Jahresgespräch Allgemeiner Teil	


**Name, Vorname:**

**Datum:**

**Arbeitsbereich:**


<b>1. Aufgaben / Arbeitsumfeld</b>
Rahmenkonzeption (Verständlichkeit, Identifikation mit Leitzielen der Einrichtung, Institutionelles Schutzkonzept gegen sexualisierte Gewalt, usw.)
Arbeitsbereitschaft (Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit usw.)
Arbeitsvermögen (Belastbarkeit, Sexualisierte Gewalt, Flexibilität usw.)
Arbeitsweise (gem. Anweisung, Effektivität, Fachwissen usw.)
Arbeitsergebnis (Vollständigkeit, Beanstandungen, Ordnung usw.)
Qualitätsmanagement (Kenntnisse über Aufbau der Handbücher, Umgang mit QM, Verbindlichkeit usw.)

AHF / EMH/ O-HB	1015-3					Seite 1 von 3
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1015	Formular	
	Mitarbeiter-Jahresgespräch Allgemeiner Teil	

Umgang mit Beschwerden (Kenntnisse über Umgang mit Beschwerden, Verantwortlichkeit usw.)
Fachspezifische Tätigkeiten ( <b>siehe Anlage 1</b> )
<b>2. Soziale Kompetenz</b>
Zusammenarbeit im Team (Teamfähigkeit, Informationsweitergabe, Verhalten im Notfall usw.)
Umgang mit Bewohnern (Respekt, Wertschätzend, Einfühlungsvermögen, Freundlichkeit usw.)
Umgang mit Angehörigen (vertrauensvoller Umgang, Wertschätzung, Entgegenkommen usw.)
Kommunikation mit Externen (angemessener Umgangston, Beachtung des Datenschutzes, Schweigepflicht usw.)
<b>3. Förderung</b>
Reflexion (Zusammenfassung der Ergebnisse unter 1./2.)
<b>Wünsche</b> <b>(Dienstplan, Einsatzart usw.)</b>

AHF / EMH/ O-HB	1015-3					Seite 2 von 3
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1015	Formular	
	Mitarbeiter-Jahresgespräch Allgemeiner Teil	

**Feedback**  
**(Rückmeldung über die Vollständigkeit des Gesprächsinhalte)**





**4. Vereinbarung von Zielen und Erwartungen**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Mitarbeiter

\_\_\_\_\_  
 Gesprächsführer

\_\_\_\_\_  
 Fachbereichsleitung

AHF / EMH/ O-HB	1015-3					Seite 3 von 3
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	