


1020	Formular	
	Mitarbeiter-Jahresgespräch Sozialer Dienst	

Name, Vorname:
Arbeitsbereich:

Datum:

Durchführung von Gruppenangeboten
Durchführung von Einzelbegleitungen
Integration des Bewohners
Milieu- und Lebensweltgestaltung
Umgang mit Sterben, Tod, Trauer
Dokumentation, Informationsweitergabe
Bereichsübergreifende Schnittstellenarbeit
Selbstpflege: professionelles Verhältnis von Nähe und Distanz

AHF / EMH / O-HB	1020-3					Seite 1 von 1
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	