

1020	Formular	
	Mitarbeiter-Jahresgespräch Sozialer Dienst	

**Name, Vorname:**  
**Arbeitsbereich:**

**Datum:**

Durchführung von Gruppenangeboten

Durchführung von Einzelbegleitungen

Integration des Bewohners

Milieu- und Lebensweltgestaltung

AHF / EMH / O-HB	1020-3					Seite 1 von 2
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1020	Formular	
	Mitarbeiter-Jahresgespräch Sozialer Dienst	

Umgang mit Sterben, Tod, Trauer

Dokumentation, Informationsweitergabe

Bereichsübergreifende Schnittstellenarbeit

Selbstpflege: professionelles Verhältnis von Nähe und Distanz

AHF / EMH / O-HB	1020-3					Seite 2 von 2
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	