

Delegation pflegerischer Tätigkeiten (Formular 2)

Name Klient: Datum

Name Personenbetreuerin:

Leistungen	Eingelernt am	Unter Kontrolle durchgeführt	Evaluierung am	Widerruf am
<input type="checkbox"/> Unterstützung beim Essen und Trinken				
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Körperpflege - Intimpflege - Teilpflege - Dusche - Vollbad				
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei WC- Leibstuhlbenützung, Inkontinenzeinlagenwechsel				
<input type="checkbox"/> Unterstützung beim An- und Ausziehen				
<input type="checkbox"/> Hilfestellung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen, Gehen				
Die Personenbetreuerin hat das Recht, die Durchführung der Tätigkeiten abzulehnen, welche ihr delegiert wurden.				

Unterschriften:

Pflegefachkraft.....Personenbetreuerin.....