Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

Vereinbarung der ehrenamtlichen Zusammenarbeit der Besuchspatin / des Besuchspaten mit der Klinik St. Hedwig

Persönliche Daten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefonnummer
Wohnort	Straße
E-Mail	
Beruf	derzeitige Tätigkeit
Fremdsprache/n	Kinder ☐ ja ☐ nein Alter der Kinder

Begleitung / Ansprechpartnerin in der Klinik St. Hedwig

Marianne Scheimer
Dipl. Soz. Päd. (FH)
Tel.: 0941 369 1050
0941 369 91050
Fax: 0941 369 1064
e-mail: marianne.scheimer@barmherzige-regensburg.de
mailto:marianne.scheimer@barmherzige-regensburg.de

Ich bin an der Teilnahme von Fortbildungen und Erfahrungsaustausch einverstanden. ☐ ja ☐ nein

Folgende Wünsche vor dem ersten Einsatz:

☐ Einzelgespräch vor meiner Entscheidung
☐ Probephase
☐ Festlegung bis auf Widerruf
☐ Einsatz erst nach folgender Schulung _____

Weitere Wünsche _____

Erledigt am _____ _____
Unterschrift

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

Einsatzort Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Klinik St. Hedwig

Tätigkeitsbeschreibung, Rahmenbedingungen und Organisatorisches

- ☐ Einzelbetreuung am Krankenbett
- ☐ Geschwisterbetreuung
- ☐ Frühgeborenenbetreuung
- ☐ Spieleckenbetreuung
- ☐ Bastelecke
- ☐ Verwaltung Spielsachen-Depot
- ☐ Bücherwagen
- ☐ Spielewagen
- ☐ Hausaufgabenbetreuung

Besondere Wünsche, Zielgruppe:

_____

_____

_____

Mögliche Einsatzzeiten

____ mal ☐ pro Woche ☐ 14-tägig ☐ pro Monat

	Mo		Di		Mi		Do		Fr		Sa		So
vormittags													
nachmittags													

☐ flexibel möglich
☐ nach Vereinbarung

Organisatorisches

☐ Bescheinigung über ehrenamtliche Tätigkeit erwünscht
☐ Bestätigung zur Vorlage beim Finanzamt erwünscht

☐ Ärztliche Bescheinigung erhalten
☐ Schweigepflichterklärung erhalten
☐ Führungszeugnis erhalten

_____ _____

Unterschrift Besuchspate/Besuchspatin Unterschrift Sozialdienst Klinik St. Hedwig