|  |
| --- |
| **Arbeiterwohlfahrt gGmbH**  **Bildungsstätte für Altenpflege Burghaun/ Fulda** |



**Vorstellung des Bewohners/ Klienten**

**Name des Auszubildenden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name des Bewohners/ Klienten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datenschutz beachten)**

**Pflegegrad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aufnahme in die Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Diagnosen:**

**Medikamente:**

**Unterschrift des Auszubildenden:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**