

## Interessentenfragebogen - Familienbegleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihr Interesse an den Königskindern. Wir bitten Sie den Fragebogen gewissenhaft auszufüllen, da dieser Grundlage für unser obligatorisches Vorstellungsgespräch ist. Sobald wir Ihren Bogen vorliegen haben, melden wir uns bei Ihnen zur Terminabsprache. Wundern Sie sich bitte nicht über sehr persönlichen Fragen. Es hilft uns im Zusammenhang mit dem Gespräch Ihre momentane persönliche Situation und Stabilität gut einschätzen zu können.

Wir sichern Ihnen zu, Ihre Daten vertraulich zu behandeln.

Wir freuen uns über ein Foto von Ihnen, gerne auch per E-Mail.

Vorname, Name:	Handy:
Anschrift:	E-Mail:
Familienstand:	Telefon:
Geb.-Datum:	Konfessionszugehörigkeit:
Anzahl /Alter der Kinder:	
Berufsausbildung:	
Jetzige berufliche Tätigkeit:	

Wie ist Ihr Interesse an der Kinderhospizarbeit entstanden?

---



---



---



---

Welche Erfahrungen und Fähigkeiten wollen Sie bei der Mitarbeit in der Kinderhospizarbeit einbringen?

---



---



---



---

Wann sind Sie zum ersten Mal mit dem Thema Sterben und Tod in Berührung gekommen? Was ist Ihnen schwer gefallen, was ist Ihnen leicht gefallen? Was war hilfreich, was war hinderlich?

---



---



---



---

Wann war in Ihrem persönlichen Umfeld der letzte Trauerfall?

---

---

---

---

Welche Erfahrungen, die Sie in diesem Zusammenhang gemacht haben, erachten Sie als besonders wichtig für Ihr Leben?

---

---

---

---

Was tun Sie, wenn Sie sich erschöpft fühlen, gibt es Kraftquellen, auf die Sie zuverlässig zurückgreifen können?

---

---

---

---

---

Haben Sie Ängste oder Befürchtungen im Hinblick auf die Mitarbeit im Ambulanten Kinderhospizdienst?

---

---

---

---

Sind Sie zurzeit anderweitig ehrenamtlich aktiv, wenn ja, wie viel Zeit nimmt diese Arbeit in Anspruch?

---

---

---

---

Welche zeitlichen Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung?

---

---

---

---

---

Wie steht Ihr Partner/Ihre Familie zu Ihrer Entscheidung, in der Kinderhospizarbeit aktiv zu werden?

---

---

---

Haben Sie körperliche Einschränkungen? Sind Sie räumlich (Einsatzgebiet) eingeschränkt?

---

---

---

Können Sie an allen Kursterminen teilnehmen und ein 40Std. Praktikum absolvieren? Bedenken Sie bitte, dass nur 10 % Fehlzeiten erlaubt sind.

---

---

---

Haben Sie bisher an einer ambulanten oder stationären Psychotherapie teilgenommen?

---

---

---

---

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrem engen Umfeld Themen, die stark belastend sind (z.B. Abhängigkeiten, Krankheiten, Missbrauch, Scheidung, Sorgen um Kinder)?

---

---

---

Für wie belastbar halten Sie sich momentan?

---

---

---

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten von dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit diese zur Erfüllung des Vereinszweckes benötigt werden und für das Ehrenamtsverhältnis/die Verwaltung erforderlich sind.

Datum, Unterschrift

---

---

---