

**Fragebogen
für Interessenten/Interessentinnen an der Familienbegleiter-Ausbildung „Froschkönige“
der**



DRK-Schwwesternschaft Krefeld e.V.

Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße:	
PLZ, Ort, Stadtteil:	
Telefon:	Mobil:
E-Mail:	
Bevorzugt zu erreichen über:	
Konfession:	Familienstand:
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Alter der Kinder:	
Schulabschluss:	
Ausbildung/Beruf:	
Derzeitige berufl. Tätigkeit:	
Sprachkenntnisse:	

Ehrenamt

Vorstellung über den zeitlichen Rahmen der ehrenamtlichen Mitarbeit:

Bevorzugte Zeiten u. Wochentage:

Autoführerschein vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Auto vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besondere Kenntnisse/Fähigkeiten:

Interessen:

Vorerfahrungen im Bereich Ehrenamt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, in welcher Form:

Hospizarbeit

Gerne möchten wir noch etwas mehr über Sie und ihre ganz persönlichen Beweggründe zur ehrenamtlichen Tätigkeit in der Kinderhospizarbeit erfahren und bitten Sie daher, die folgenden Fragen möglichst offen zu beantworten.

Was ist Ihre Motivation, sich in der Kinderhospizarbeit zu engagieren?

Worauf freuen Sie sich, wenn Sie an eine Mitarbeit im Kinderhospizdienst denken?

Können Sie Vorkenntnisse/Erfahrungen in die ehrenamtliche Kinderhospizarbeit einbringen?
Wenn ja, in welcher Form?

Wovor sorgen Sie sich, wenn Sie an eine Mitarbeit im Kinderhospizdienst denken?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten mit dem Tod eines Angehörigen oder Zugehörigen konfrontiert? Wenn ja, in welcher Form:

Welche Gedanken und Gefühle stehen im Mittelpunkt, wenn sie sich an dieses Erlebnis bzw. diese Erlebnisse zurückerinnern?

Was tun Sie, wenn Sie sich erschöpft fühlen? Was gibt Ihnen Kraft?

Wie sieht Ihr persönliches Umfeld (Partner, Familie, Freunde) ihre Entscheidung, in der Kinderhospizarbeit aktiv zu werden?

Haben Sie noch Themen/Fragen, über die Sie gerne mit uns sprechen wollen?

Ich bin damit einverstanden, dass meine Personaldaten elektronisch gespeichert und weiter verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt. Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Datum:

Unterschrift:
