

Durchführungsnachweis

Delegation	Monat _____ Datum: _____																												
§	Medikamente & med. Tät.																												
	(Unterstützung beim) Einschachteln																												
	Kontrolle der Einnahme																												
	Verabreichung																												
	Injektion s.c.																												
	Sauerstoffgabe																												
	Blutzucker messen																												
	Blutdruck messen																												
	Beschäftigung																												
	Spazieren gehen																												
	gemeinsames kochen																												
	Gedächtnisübung																												
	Spiele / Rätsel																												
	Gottesdienst																												
	Haushalt																												
	Einkauf																												
	Kochen																												
	Wäsche																												
	Bett machen																												
	Bett frisch beziehen																												
	Reinigung der Umgebung																												
	Haustiere / Pflanzen versorgen																												
	Gartenarbeit																												
	sonstiges																												