

Durchführungsnachweis Kollegialer Dialog



BASALE STIMULATION
INTERNATIONALER FÖRDERVEREIN E.V.

Name _____ Mitgliedsnummer _____

Name _____ Mitgliedsnummer _____ und

teilen dem Internationalen Förderverein Basale Stimulation® mit, dass sie ihr pflegerisches Handeln mittels des „Kollegialen Dialoges“ an folgenden Terminen evaluiert haben:

1. Treffen

Datum: _____

Ort/Einrichtung: _____

Rolle: Beratende Pflegende

Gewählte Methode für Phase 6: _____

2. Treffen

Datum: _____

Ort/Einrichtung: _____

Rolle: Beratende Pflegende

Gewählte Methode für Phase 6: _____

Bestätigung

Die Träger der jeweiligen Einrichtung haben der Evaluation zugestimmt.

Es besteht ein Versicherungsschutz für die Zeit des Kollegialen Dialoges für die PraxisbegleiterInnen.

Die PraxisbegleiterInnen sichern zu, dass die PatientInnen/BewohnerInnen und/oder deren gesetzliche Vertreter ihr Einverständnis zur Praxisphase während des Kollegialen Dialoges gegeben haben¹.

Die beiden PraxisbegleiterInnen bestätigen, dass sie alle Aspekte in Bezug auf das Berufsgeheimnis, den Datenschutz und die absolute Vertraulichkeit zum Prozess/Ergebnis des Kollegialen Dialoges eingehalten haben.

Datum/Ort _____

Unterschrift

Unterschrift

Diesen Nachweis schicken Sie als Scan an:

Internationaler Förderverein Basale Stimulation® e. V.
Sekretariat: Markus Schäfer, Kiefernweg 11, DE 67691 Hochspeyer
E-Mail: info@basale-stimulation.de

¹ Gleichzusetzen mit der Einwilligung der Praxisbegleitung bei Aus- und Weiterzubildenden.