Hospizverein
im Pfaffenwinkel e.V.
für einander da sein

Motivationsfragebogen für Interessent*innen am qualifizierten Vorbereitungskurs für Familienbegleitung

Kontaktdaten

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

_____

Geburtstag: _____

Telefon privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Lebenssituation

Familienstand: _____

Anzahl und Alter der Kinder: _____

_____

_____

(Berufs-)Ausbildungen: _____

_____

_____

Jetzige berufliche Tätigkeit: _____

_____

Vorerfahrungen mit sozialer Arbeit, die Sie in eine Tätigkeit als Familienbegleitung einbringen können?

_____

_____

_____

Sind Sie ehrenamtlich an einer anderen Stelle tätig?

_____

_____

_____

Zeitressourcen und Einsatzmöglichkeiten

Was wir Familien mit einem schwer erkrankten Kind, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen anbieten können ist zuerst unsere **Zeit** und unser eigenes **Leben**! Deshalb beinhaltet die Ausbildung (und die Gruppentreffen danach) neben Wissensvermittlung auch die Selbsterfahrung in der Gruppe.

Sind Sie in der Lage, alle **Kurstermine** wahrzunehmen und auch in Zukunft an Weiterbildungsterminen teilzunehmen?

ja O nein O _____

Sind Sie bereit, an **4 – 5 Gruppentreffen im Jahr** zur Praxisbegleitung bzw. **Supervision** teilzunehmen und Ihre Erfahrungen in der Gruppe zu teilen, auch wenn Sie keine laufende Begleitung haben? (Problem- und Fallbesprechung unter fachlicher Anleitung)

ja O nein O _____

Können Sie sich vorstellen, **wöchentlich ca. 2-3 Stunden** Zeit für eine Begleitung aufzuwenden?

ja O nein O _____

Welchen **zeitlichen Rahmen** können Sie sich vorstellen?

Wöchentlich _____ à _____ Stunden

Auf Abruf _____

Eventuell auch für Nachtwachen _____

Wo liegt Ihre **zeitliche Obergrenze**? _____

Gibt es für Sie jetzt schon eine absehbare, zeitliche Begrenzung einer möglichen Mitarbeit als Familienbegleitung? (Umzug, Berufswechsel, Studium o.ä.)

_____

_____

Wie sieht Ihre **Familie** Ihren Wunsch, sich ehrenamtlich im Hospizverein zu betätigen?

_____

_____

Haben Sie ein Auto bzw. einen **Führerschein**? ja O nein O _____

Grundeinstellung zur Hospizarbeit

Welche **Fähigkeiten** besitzen Sie, von denen Sie glauben, dass sie hilfreich sind für die Familienbegleitung? Was sind Ihre Stärken?

_____

_____

_____

_____

Gibt es ein ausgesprochenes **Schlüsselerlebnis** in Ihrem Leben, das Sie bewogen hat, sich für die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit lebensbedrohender und/oder lebensverkürzender Erkrankung zu engagieren?

_____

_____

_____

_____

Welchen **persönlichen Gewinn** möchten Sie aus der Begleitung anderer für das eigene Leben ziehen?

_____

_____

_____

_____

Vor was haben Sie bei der Begleitung der Familien **Angst**?

_____

_____

_____

Hatten Sie im letzten Jahr einen **Trauerfall** oder eine **schwere Erkrankung** in der Familie?

Haben Sie **Erfahrungen** im Umgang mit erkrankten und behinderten Kindern?

Toleranz und Schweigepflicht

Welcher **Konfession** gehören Sie an, bzw. welchen Stellenwert haben religiöse bzw. spirituelle Dimensionen für Sie?

Würde es Ihnen schwerfallen, **Menschen anderer Religionen, Staatsangehörigkeiten, Weltanschauung oder sexueller Orientierung** zu begleiten?

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

Gibt es etwas, das wir vergessen haben, für Sie aber wichtig wäre uns noch mitzuteilen?

Hospizverein
im Pfaffenwinkel e.V.
für einander da sein

Wie sind Sie auf unseren ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst in Polling aufmerksam geworden?

O Lokale Presse
O Homepage
O Social Media
O Newsletter (welcher?) _____
O Vorträge
O Freunde und Bekannte
O Tag der offenen Tür

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Motivationsbogen per E-Mail an **ambulanter-kinderhospizdienst@hospizverein-pfaffenwinkel.de**. Wir prüfen Ihre Angaben sorgfältig und melden uns mit dem nächsten Schritt persönlich bei Ihnen.