V.I.S.I.T.E.
Ambulantes Hospiz
Palliativberatung

Name:	**Datum:**
Vorname:	**Geburtsdatum:**
Anschrift:	
Steuernummer:	**Geburtsort:**

☎ **privat:** **Handy privat:** **E-Mail:**	**Wo haben Sie uns gefunden?** **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Weltanschauung/Glaubensgemeinschaft:	**Familienstand:** □ **ledig** □ **verheiratet** □ **sonstig**	**Kinder:**

Schulabschluss:	**Fahrrad:** **ja** **nein**
Beruf/Tätigkeit:	**motorisiert:** □ **ja** □ **nein** **BVG-Fahrkarte** □ **ja** □ **nein**

Wie viele Stunden können Sie in der Woche für ehrenamtliche Tätigkeit aufbringen?	**Welche Einsatzzeiten sind für Sie günstig?** **Von:** **bis :**

In welchen Fremdsprachen könnten Sie arbeiten?
Welches sind Ihre besonderen Begabungen, Talente oder Hobbys?
Welche weiteren ehrenamtlichen Tätigkeiten oder Ämter üben Sie aus?
Mit welcher Art Gruppenarbeit haben Sie Erfahrung, z.B. Selbsthilfe- oder Therapiegruppen?

V.I.S.I.T.E.-Vermerke: **Zustimmung zweckgebundene Datenverarb.:**

Gesprächstermin	**Kursjahrgang**	**Kurs abgeschlossen**	**50,00€?**	**Koord.Unterschrift**