

# *Klient/Klientin beim Snoezelen*

*Name, Vorname:*

*Geboren am:*

*Beim Snoezelen seit*

*Begleiter*

*Diagnose:*

*Allergien & Unverträglichkeiten, vor allem bei Düften/Geschmäckern:*

*Ängste/ negative Erinnerungen:*

*Vorlieben: braucht er/sie Tageslicht beim Snoezelen?*



*Lichter/Farben :*

*Liege-/Sitzplatz :*

*Musik :*

*Massagemedien :*

*Düfte :*

*Geschichten/Phantasieisen :*



