**Nutzerkarte Snoezelenraum**

# Name ……………………… Vorname ………………………

# Geburtsdatum…………………… Zivilstand………………… Kinder ………………

# Angehörige mit Interesse am Snoezelen ……………………………………………………………

# Beginn Snoezelen-Einheiten ……………………………. Häufigkeit ……………………… Verantwortlich ………………………

# Biographisch wichtige Ereignisse…………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Es liegen Probleme vor** | **ja** | **nein** | **Details** | **Bemerkungen** |
| Beim Gehen, Sitzen, Liegen |  |  |  |  |
| Bei der Körperkontrolle |  |  |  |  |
| Beim Hantieren mit Dingen |  |  |  |  |
| Beim Hören, Sehen, Riechen, Schmecken |  |  |  |  |
| Beim Fühlen, Berühren |  |  |  |  |
| Beim Verstehen, Merken |  |  |  |  |
| Anderes |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Es liegen Ängste vor** | **ja** | **nein** | **Details** | **Bemerkungen** |
| Bei Dunkelheit |  |  |  |  |
| Bei Fehlen der Bezugsperson |  |  |  |  |
| Bei Kontaktaufnahme, Nähe |  |  |  |  |
| Bei Farben, Aromen |  |  |  |  |
| Bei der Körperkontrolle in der Dunkelheit |  |  |  |  |
| Anderes |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Es besteht Gefahr wegen** | **ja** | **nein** | **Details** | **Bemerkungen** |
| Erkrankungen (Asthma, Herz-Kreislauf…) |  |  |  |  |
| Anfälle |  |  |  |  |
| Depressionen |  |  |  |  |
| Medikamenteneinnahme |  |  |  |  |
| Allgemeine Unruhe |  |  |  |  |
| Biographisch wichtige Ereignisse |  |  |  |  |
| Anderes |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vorlieben in der Raumgestaltung** | **ja** | **nein** | **Details** | **Bemerkungen** |
| Wassersäule |  |  |  |  |
| Lichtervorhang/Faseroptik |  |  |  |  |
| Projektor an der Wand *Scheibe* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Spiegelkugel *drehend* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Bett / Sitzmöglichkeiten |  |  |  |  |
| Vibrationsgegenstände / Massagegeräte *welche nicht* |  |  |  |  |
| Handpuppe / therapeutische Stofftiere *welche nicht* |  |  |  |  |
| Musik / Musikinstrumente *welche nicht* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Aromen *welche nicht* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Tastmaterialien |  |  |  |  |
| Geschichten |  |  |  |  |

**Allfällige weitere Ergänzungen:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**