

### CHECKLISTE «ERKENNEN»

Verantwortliche Person: .....

Name / Vorname: ..... Geb.-Datum: .....

Auffälligkeiten	Beispiele	Datum	Notizen
Erscheinungsbild Person und Umgebung	<input type="checkbox"/> ungepflegte Erscheinung <input type="checkbox"/> Mundgeruch, «Fahne» <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Entzugerscheinungen <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung		
Verhalten	<input type="checkbox"/> gehäufte Absenzen <input type="checkbox"/> Zuspätkommen <input type="checkbox"/> unentschuldigtes Fernbleiben vom Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Leistungsschwankungen <input type="checkbox"/> Benommenheit/Angetrunkenheit <input type="checkbox"/> zunehmend zwischenmenschliche Probleme <input type="checkbox"/> sinkende Arbeitsleistung <input type="checkbox"/> Ausreden und Widersprüche <input type="checkbox"/> zieht sich zurück <input type="checkbox"/> aggressiv oder überangepasst <input type="checkbox"/> reduzierte Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> Verwirrtheit <input type="checkbox"/> Gedächtnislücken / Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/> Nichteinhalten von Abmachungen <input type="checkbox"/> gravierende Fehler <input type="checkbox"/> trinkt ausserhalb der Arbeitszeit bei jeder Gelegenheit Alkohol (Mittagessen, Apéro usw.)		
Stimmungslage	<input type="checkbox"/> gedrückt, depressiv <input type="checkbox"/> ängstlich, unruhig <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> Interesseverlust <input type="checkbox"/> unmotiviert <input type="checkbox"/> schwankend		
Sprache	<input type="checkbox"/> lallend, verwässert <input type="checkbox"/>		
Äusserungen (Klagen)	<input type="checkbox"/> (Kopf-)Schmerzen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Einsamkeit		
Soziales Umfeld	<input type="checkbox"/> hat Schulden <input type="checkbox"/> lebt alleine		