

I. ANSPRECHPARTNER

Name	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße		
<input type="text"/>		
PLZ, Ort		
<input type="text"/>		
Telefon (Festnetz und Mobil)	E-mail	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wer ist der Auftraggeber?		
<input type="checkbox"/> Die zu betreuende Person	<input type="checkbox"/> Ansprechpartner	

II. DIE ZU BETREUENDE PERSON

Name	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße		
<input type="text"/>		
PLZ, Ort		
<input type="text"/>		
Alter		
<input type="text"/>		
Größe (cm)	Gewicht (kg)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pflegestufe [keine , 1, 2, 3,]		
<input type="text"/>		
Wurde der Pflegedienst beauftragt?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

III. GESUNDHEITLICHER ZUSTAND DER ZU BETREUENDEN PERSON

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Bettlägerig | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> MS-Patient |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | | |

Weitere festgestellte Krankheiten:

IV. INFORMATIONEN ZUM HAUSHALT

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Bettlägerig |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

Leben irgendwelche Haustiere im Haushalt? Falls ja, welche?

Was ist die nächstgrößere Stadt in Ihrer Nähe (nächstgrößere Bahnhof)?

V. AUFGABEN

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Fenster putzen |
| <input type="checkbox"/> Haustierpflege | <input type="checkbox"/> Auto fahren | <input type="checkbox"/> Gartenarbeiten | <input type="checkbox"/> Haustierpflege |
| <input type="checkbox"/> Nachtbetreuung | <input type="checkbox"/> Bügeln | <input type="checkbox"/> Ibegleitung zum Arzt | |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Essen | | | |

Sonstiges:

VI. PERSONALANFORDERUNGEN

Deutschkenntnisse:

Gute Deutschkenntnisse

Befriedigende Deutschkenntnisse

Kommunikative Deutschkenntnisse

Grundkenntnisse

Geschlecht:

weiblich

männlich

egal

Alter:

25-30

30-40

40-50

50-60

egal

Führerschein:

ja

nein

unwichtig

Betreuungsdauer:

1 Monat

bis 3 Monate

länger als 3 Monate

Ab wann soll die Betreuung stattfinden?

Können Sie der Betreuerin ein separates Zimmer anbieten?

ja

nein

Freizeit:

Nach Absprache

2-3 stunden pro Tag

1 Tag Pro Woche

VII. SONSTIGE WÜNSCHE UND ANREGUNGEN

Bitte schreiben Sie Ihre Vorschläge.

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und nicht an der Dritte weitergeleitet.

Ort,

Datum