

Anfrage
(unverbindlich und kostenfrei)



KONTAKTDATEN	
Nachname, Vorname	
Strasse / Haus-Nr.	
Postleitzahl und Ort	
E-Mail:	
Telefon (Festnetz)	
Telefon (Mobil)	
ggf. Telefax	
Bitte unterbreiten Sie mir einen Betreuungsvorschlag für:	
Angaben zur betreuungsbedürftigen Person:	
Nachname, Vorname	
Strasse / Haus-Nr.	
Postleitzahl und Ort	
ggf. E-Mail	
Telefon (Festnetz)	
ggf. Telefon (Mobil)	
Geburtstag	
Größe (cm) und Gewicht	
Beliebte Beschäftigung (z. B. Lesen, Sport usw.)	
Raucher(in) ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tiere im Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anzahl und Art	
Andere Personen im Haushalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
zusätzliche Angaben:	
Angaben zu den erwarteten Betreuungstätigkeiten <i>(bitte einen allgemeinen Tagesablauf beschreiben)</i>	

Krankheiten / Behinderungen / Einschränkungen (Bitte machen Sie möglichst genaue Angaben zu den Krankheiten / Behinderungen / Einschränkungen der betreuungsbedürftigen Person).

Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Alzheimer, Demenz	<input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Demenz
Räumlicher Orientierungssinn normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitlicher Orientierungssinn normal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kommunikation möglich?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nein
Betreuung während der Nacht notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja - Art und Umfang der Betreuung	<input type="checkbox"/>
Hilfe notwendig bei:	<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme
	<input type="checkbox"/> Stehen / Gehen
	<input type="checkbox"/> Ankleiden
	<input type="checkbox"/> Körperpflege
	<input type="checkbox"/> Toilettengang
Diät	<input type="checkbox"/> Sonde
	<input type="checkbox"/> Zuckerdiät
	<input type="checkbox"/> Magenschonkost
	<input type="checkbox"/> Gallenschonkost
sonstige Bemerkungen zur Diät	
Mobilität	<input type="checkbox"/> kann alleine laufen
	<input type="checkbox"/> kann mit Hilfe laufen
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> bettlägerig
	<input type="checkbox"/> Dekubitus (Wundliegen)
sonstige Bemerkungen zur Mobilität	
Toilette	<input type="checkbox"/> selbständig
	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
	<input type="checkbox"/> Urininkontinenz
	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz
	<input type="checkbox"/> Windeln
	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter
sonstige Bemerkungen zur Toilette	

Pflegestufe:	
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 - nur für Österreich <input type="checkbox"/> 5 - nur für Österreich <input type="checkbox"/> 6 - nur für Österreich <input type="checkbox"/> 7 - nur für Österreich <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> beantragt	
Ist ein Pflegedienst beauftragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Für welche Tätigkeiten?	
Verhältnis zur betreuten Person (z. B. Sohn, Enkel usw.)	
Anforderungen an die Betreuerin:	
Hilfe wird benötigt ab	
Voraussichtliche Dauer	<input type="checkbox"/> bis zu 1 Monat <input type="checkbox"/> bis zu 3 Monate <input type="checkbox"/> auf unbestimmte Zeit <input type="checkbox"/> bzw. Dauer: _____ <i>Bitte geben Sie die voraussichtliche Dauer an, für die eine Hilfskraft benötigt wird.</i>
Wir bevorzugen	<input type="checkbox"/> eine Helferin <input type="checkbox"/> einen Helfer <input type="checkbox"/> ein Ehepaar <input type="checkbox"/> keine Präferenz
Führerschein erforderlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Darf es ein(e) Raucher(in) sein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bzw. nur im Freien)
Notwendige Deutschkenntnisse:	<input type="checkbox"/> Stufe 1 (flüssiges, korrektes Deutsch) <input type="checkbox"/> Stufe 2 (gutes Verständnis und Sprechen, jedoch grammatikalisch nicht immer korrekt) <input type="checkbox"/> Stufe 3 (gutes Verständnis, Sprechen etwas schwer)
Verständigung auch in anderen Sprachen möglich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sprache(n): _____
Medizinische Ausbildung (z. B. als Krankenschwester) notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Anforderungen:	<i>Bitte geben Sie hier an, welche sonstigen Anforderungen an die Hilfskraft gestellt werden.</i>
Eigenes Zimmer für Betreuerin vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum:	Unterschrift:

Ihre Anfrage ist unverbindlich, kostenfrei und wird absolut vertraulich behandelt. Sollten Sie uns keinen Auftrag erteilen, werden wir diese Anfrage ordnungsgemäß vernichten.