

Adresse des Antragsstellers

<b>Vorname:</b>	_____
<b>Nachname:</b>	_____
<b>Straße:</b>	_____
<b>PLZ:</b>	_____ <b>Ort:</b> _____
<b>Telefon (Festnetz):</b>	_____ - _____
<b>Telefon (mobil):</b>	_____ - _____
<b>Fax:</b>	_____ - _____
<b>E-Mail:</b>	_____

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

<b>Betreuung für:</b>	_____
<b>Vorname:</b>	_____
<b>Nachname:</b>	_____
<b>Straße:</b>	_____
<b>PLZ:</b>	_____ <b>Ort:</b> _____
<b>Telefon:</b>	_____ - _____
<b>Geburtsdatum:</b>	_____
<b>Größe in cm:</b>	_____
<b>Gewicht in kg:</b>	_____
<b>Verwandschaftsverhältnis:</b>	_____
<b>Hobbies:</b>	_____
<b>Pflegestufe:</b>	_____
<b>Inkontinenz:</b>	_____
<b>Lähmung</b>	_____

**Bewegungseinschränkung  
(falls vorhanden):**

- Gehhilfe
- Rollstuhl
- bettlägerig

**Folgende Krankheiten  
oder Einschränkungen  
liegen vor (falls  
vorhanden):**

- keine
- Alzheimer / Demenz
- Parkinson
- Schlaganfall

**Aggressiv:**

- ja       nein

**Neigt zum Weglaufen:**

- ja       nein

**Sonstige Krankheiten oder  
Einschränkungen:**

---

---

---

---

---

## Anforderungen an die Betreuungskraft

<b>Gewünschte Betreuungskraft:</b>	_____
<b>Betreuungsdauer:</b>	_____
<b>Ab wann soll die Betreuung voraussichtlich stattfinden?</b>	_____
<b>Raucher:</b>	_____
<b>Führerschein und Fahrpraxis:</b>	_____
<b>Wohnmöglichkeit für die Betreuungskraft:</b>	_____
<b>Ist regelmäßige Nachtarbeit erforderlich (mehr als 1 x pro Nacht)?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. _____ Mal pro Nacht
<b>Betreuung über Weihnachten (etwa 23.12 – 27. / 28.12):</b>	_____
<b>Anmerkungen zur Betreuungssituation und zu dem von Ihnen gewünschten Tagesablauf (bitte möglichst ausführlich):</b>	_____ _____ _____ _____
<b>Wünsche an die Betreuungskraft:</b>	_____
<b>Deutschkenntnisse:</b>	_____

## Sonstiges

**Ist ein Pflegedienst beauftragt?**  ja  nein

**Soll der Pflegedienst weiterhin kommen?**  ja  nein

**Wohnen Angehörige mit im Haus?**  ja  nein

**Betreuungsstelle ist:**

Haus

Wohnung, \_\_\_\_\_ Etage

**Die nächsten zwei bis drei größeren Bahnhöfe sind:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wer holt die Betreuungskraft voraussichtlich ab?**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Sonstige Bemerkungen, Anregungen und Wünsche:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ich bitte um Kontaktaufnahme:**

per Telefon

per E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Falls weitere Personen betreut werden sollen, können Sie diese nachfolgend eintragen:

<b>Weitere Betreuung für:</b>	_____
<b>Vorname:</b>	_____
<b>Nachname:</b>	_____
<b>Straße:</b>	_____
<b>PLZ:</b>	_____ <b>Ort:</b> _____
<b>Telefon:</b>	_____ - _____
<b>Geburtsdatum:</b>	_____
<b>Größe in cm:</b>	_____
<b>Gewicht in kg:</b>	_____
<b>Verwandschaftsverhältnis:</b>	_____
<b>Hobbies:</b>	_____
<b>Pflegestufe:</b>	_____
<b>Inkontinenz:</b>	_____
<b>Lähmung</b>	_____
<b>Bewegungseinschränkung (falls vorhanden):</b>	<input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig
<b>Folgende Krankheiten oder Einschränkungen liegen vor (falls vorhanden):</b>	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Alzheimer / Demenz <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Schlaganfall
<b>Aggressiv:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Neigt zum Weglaufen:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstige Krankheiten oder Einschränkungen:</b>	_____ _____ _____