

Preisfrageformular www.24h-betreuung.de

Adresse des Antragsstellers

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

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Pflegestufe:	_____
Inkontinenz:	_____
Lähmung	_____
Bewegungseinschränkung (falls vorhanden):	<input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig
Folgende Krankheiten oder Einschränkungen liegen vor (falls vorhanden):	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Alzheimer / Demenz <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Schlaganfall
Aggressiv:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Neigt zum Weglaufen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Sonstige Krankheiten oder
Einschränkungen:**

**Ist regelmäßige Nachtarbeit
erforderlich (mehr als 1 x pro
Nacht)?**

- nein
 ja, ca. _____ Mal pro Nacht

**Anmerkungen zur
Betreuungssituation und zu dem
von Ihnen gewünschten
Tagesablauf (bitte möglichst
ausführlich):**

Ich bitte um Kontaktaufnahme:

- per Telefon
 per E-Mail

Datum

Unterschrift