

## Unverbindliche Anfrage



<b>Kontaktperson</b>	
	Name
	Straße und Nr
	Plz und Stadt
	Telefon
	Handy
	E-Mail
	Fax
<b>Betreuungshaushalt</b>	Straße und Nr
	Plz und Stadt
	Telefon
	E-Mail

Wir garantieren Ihnen, dass Ihre Kontaktdaten nicht an Dritte weitergegeben werden und die Suche nach einer passenden Kraft anonymisiert wird.

<b>Allgemeines</b>	Gewünschter Beginn
	Nächstgrößere Stadt

<b>1. Person im Betreuungshaushalt</b>	Kontaktperson	<input type="checkbox"/>	Mutter	<input type="checkbox"/>	Vater	<input type="checkbox"/>	
	Name						
	Alter						
	Benötigt Unterstützung in Grundpflege	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
	Pflegestufe						
	Größe	Gewicht	kg				
<b>Einschränkungen</b>	Krankheit						
	Inkontinenz	nein	<input type="checkbox"/>				
		Harn	<input type="checkbox"/>	Stuhl	<input type="checkbox"/>		
	Demenz	nein	<input type="checkbox"/>				
		leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	schwer	<input type="checkbox"/>
		Aggressiv	<input type="checkbox"/>	Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>		
<b>Hilfsmittel</b>	Rollator	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
	Rollstuhl	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
	Bettlägerig	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		

<b>2. Person im Betreuungshaushalt</b>	Keine weitere	<input type="checkbox"/>	Ehepartner	<input type="checkbox"/>	Mutter	<input type="checkbox"/>	Vater	<input type="checkbox"/>
	Name							
	Alter							
	Benötigt Unterstützung in Grundpflege	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			
	Pflegestufe							
	Größe	Gewicht	kg					
<b>Einschränkungen</b>	Krankheit							
	Inkontinenz	nein	<input type="checkbox"/>					
		Harn	<input type="checkbox"/>	Stuhl	<input type="checkbox"/>			
	Demenz	nein	<input type="checkbox"/>					
		leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	schwer	<input type="checkbox"/>	
		Aggressiv	<input type="checkbox"/>	Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>			
<b>Hilfsmittel</b>	Rollator	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			
	Rollstuhl	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			
	Bettlägerig	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			

<b>Aufgabenbereich</b>	Tätigkeiten am Tage
	Nacharbeit    nein <input type="checkbox"/> ja:
	Garten oder Haustiere    nein <input type="checkbox"/> ja:
	Freizeit    2x 5h/ Woche    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (falls nein wie dann)
<b>Betreuungshaushalt</b>	ganzes Haus    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wohnung    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wohnen Angehörige mit dabei    nein <input type="checkbox"/> ja:
	Eigenes Zimmer für Haushaltshilfe    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Eigenes Bad für Haushaltshilfe    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Anforderungen an Haushaltshilfe</b>	Gewünschtes Alter
	Raucher    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur außerhalb <input type="checkbox"/>
	Führerschein notwendig    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wäre schön <input type="checkbox"/>
	Mindestens Deutschkenntnisse    Schulnote 1 bis 6:
<b>Sonstiges</b>	Sie haben von uns erfahren durch
	Ihre Bemerkungen

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Wir werden schnellstmöglich eine Lösung für Sie finden