

3. Angaben zur betreuenden Person:

Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Soll weiterhin der ambulanter Pflegedienst weiterhin kommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mobilität und Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> leicht gehbehindert <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> leicht gehbehindert <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig
Sind nächtliche Einsätze nötig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bekannte Krankheits- merkmale	<input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf- erkrankungen <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Dialysepatient <input type="checkbox"/> Geistig behindert <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf- erkrankungen <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Dialysepatient <input type="checkbox"/> Geistig behindert <input type="checkbox"/> Diabetes
Weitere
Zu verrichtende Tätigkeiten (z. B. Hilfe bei Körper- Pflege, An-/Ausziehen Hauswirtschaftliche Unterstützung, etc.)
Hobbies, Interessen

Unterbringung des Personals	In Zimmer
Gewünschtes Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> egal
Gewünschtes Alter	<input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> 30-40 <input type="checkbox"/> älter als 40 Jahre
Darf die Betreuungskraft rauchen	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur draußen
Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse <input type="checkbox"/> mittlere <input type="checkbox"/> gute
Führerschein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegeerfahrung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> gewünscht
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Sonstiges
Sonstige Anforderungen

5. Wie möchten Sie Ihre Rückantwort erhalten

per E-Mail per Telefon per Post

6. Haben Sie noch Frage oder Anregungen?

.....

Ort/Datum:

Unterschrift:

Ihre Angaben und Informationen werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie erklären sich mit dem Absenden dieses Formulars damit einverstanden, dass wir Ihre Daten ausschließlich zur Bearbeitung Ihrer Anfrage verwenden werden. Weitere Informationen und Widerrufshinweise finden Sie in unserer Datenschutzerklärung die auf unserer Webseite www.24-stunden-pflege-bonn-rhein-sieg.de einsehbar ist. Bitte unterschreiben Sie dieses Formular und senden es per Post oder E-Mail an folgende Anschrift: