

fragebogen

Auftraggeber Name *

Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>

Die Betreuungsbedürftige Person

Thema:	<input type="text"/>
Nachricht:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>

Geb. Tag

rrrr-mm-dd:	<input type="text"/>
Gewicht:	<input type="text"/>
Verhältnis z. Auftraggeber:	<input type="text"/>
Welche Pflegestufe	<input type="text"/>
I	<input type="radio"/>
II	<input type="radio"/>
III	<input type="radio"/>
Mobilität	<input type="text"/>
Voll	<input type="radio"/>
Kaum eingeschränkt	<input type="radio"/>
Sehr eingeschränkt	<input type="radio"/>
Geistiger Zustand	<input type="text"/>
Klar	<input type="radio"/>
Verwirrt	<input type="radio"/>
Apathisch	<input type="radio"/>
Teilnahmslos	<input type="radio"/>
Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl ect.):	<input type="text"/>
Ist ein Pflegedienst beauftragt	<input type="text"/>
Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>
Wenn ja, soll der Pflegedienst weiter kommen	<input type="text"/>
Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>
Soll eine weitere Person im Haushalt mit betreut werden	<input type="text"/>
Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>
Wünsche gegenüber der zu betreuenden Person	<input type="text"/>
Hilfe beim Ankleiden	<input type="radio"/>
Körperpflege	<input type="radio"/>
Hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="radio"/>
Betreuungsdauer	<input type="radio"/>
Langfristig	<input type="radio"/>
Nur kurze Zeit	<input type="radio"/>
Steht noch nicht fest	<input type="radio"/>

AB

rrrr-mm-dd:	<input type="text"/>
Der nächst größere Bahnhof/ Busbahnhof:	<input type="text"/>
Beschreiben Sie, wie der Freizeitausgleich geregelt werden soll z.B. Beispiel	<input type="text"/>
1 Tag die Woche frei	<input type="radio"/>
2 mal einen halben Tag die Woche Freitag	<input type="radio"/>
Ja	<input type="text"/>
Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>
Nachname:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Firma:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
Mobilnummer:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>
E-Mail Adresse:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
Anforderung/Wünsche:	<input type="text"/>