

Anfrage

Kontaktieren Sie uns – wir sind für Sie da!"

Persönliche Daten der zu betreuende Person

- Name, Vorname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Adresse: _____
- Telefon: _____
- E-Mail: _____
- Pflegegrad (falls vorhanden): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Versichertennummer: _____

Art der gewünschten Alltagsbegleitung

Bitte zutreffendes ankreuzen (Mehrfachauswahl möglich):

- ☐ **persönliche Assistenz** (Einkaufen, Spaziergänge, Gesellschaft leisten)
- ☐ **Haushaltshilfe** (Putzen, Kochen, Wäsche)
- ☐ **Körperpflege** (Unterstützung beim Anziehen, Waschen)
- ☐ **Begleitung zu Terminen** (Arzt, Behörden, Freizeitaktivitäten)
- ☐ **Nachtbereitschaft**
- ☐ **Notfallbetreuung** (kurzfristige Einsätze)
- ☐ **Sonstiges:** _____

Betreuungszeiten

- **Regelmäßige Termine:**
☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So
Uhrzeit: von _____ bis _____
- **Einmaliger Einsatz am:** _____
- **Flexibel nach Bedarf:** ☐ Ja ☐ Nein

Beratung

- ☐ Beratung nach § 37.3 SGB XI
- ☐ Hilfe Antragstellung

Anfrage

Gesundheitliche Hinweise / Besonderheiten

- Diagnosen: _____
- Allergien: _____
- Medikamente: _____
- Mobilität: ☐ selbstständig ☐ Gehhilfe ☐ Rollstuhl
- Sonstiges (z. B. Demenz, Diabetes): _____

Einverständniserklärung

- ☐ Ich stimme der Erhebung und Speicherung meiner Daten gemäß DSGVO zu.
- ☐ Ich erlaube dem Betreuungsservice, im Notfall Kontakt mit oben genannten Personen aufzunehmen.
- ☐ Ich bestätige, dass die Angaben wahrheitsgemäß sind.

Wichtig: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

"Sagen Sie uns, wie wir Sie unterstützen können."