

## KONTAKTFORMULAR ZUR BEDARFSERFASSUNG

1.

Angaben zur Kontaktperson

Anrede ☐ Frau ☐ Mann

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Beziehung \_\_\_\_\_

(zur betreuten Person z.B. Sohn)

2.

Angaben zur zu betreuenden Person

Anrede ☐ Frau ☐ Mann

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe in cm \_\_\_\_\_

Gewicht in kg \_\_\_\_\_

Wohnt die Person alleine? ☐ ja ☐ nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt? \_\_\_\_\_

Benötigt eine der weiteren im Haushalt lebenden Personen ebenfalls Betreuung? ☐ ja ☐ nein

(Falls ja, ergänzen Sie bitte die Angaben ab Punkt 11.)

Aktueller Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ kein Pflegegrad

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst? ☐ ja ☐ nein

Wie oft kommt der Pflegedienst?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst? (Grundpflege, Behandlungspflege, Zubereitung von Mahlzeiten)

3.

Diagnosen / Beeinträchtigungen

**Beeinträchtigungen**

- ☐ keine
- ☐ All. Altersschwäche
- ☐ Asthma
- ☐ Blutverdünner
- ☐ Dekubitus
- ☐ Demenz/Alzheimer
- ☐ Depression
- ☐ Diabetes Typ I
- ☐ Diabetes Typ II
- ☐ Epilepsie
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Hypertonie
- ☐ Infektionserkrankungen
- ☐ Makuladegeneration
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Niereninsuffizienz
- ☐ Oberschenkelhalsfraktur
- ☐ Ödeme
- ☐ Osteoporose
- ☐ Parkinson
- ☐ PEG/Magensonde
- ☐ Rheuma
- ☐ Schlaganfall
- ☐ (schwere) psychische Erkrankungen
- ☐ Spinalkanalstenose
- ☐ Suchterkrankungen

3.

Diagnosen / Beeinträchtigungen

**Ansteckende Krankheiten**

- ☐ ESBL
- ☐ Hepatitis
- ☐ Herpes Zoster
- ☐ HIV
- ☐ MRSA

Sonstige \_\_\_\_\_

**Krebserkrankungen**

- ☐ Gehirn
- ☐ Konchen
- ☐ Magen/Darm-Trakt

Sonstige \_\_\_\_\_

**Allergien**

- ☐ Lebensmittel
- ☐ Medikamente

Sonstige \_\_\_\_\_

**Ärztlich angeordnete Therapien**

- ☐ Blutzucker messen
- ☐ Diät
- ☐ Inhalationen
- ☐ Injektionen
- ☐ Insulinpflichtig bei Diabetes Mellitus
- ☐ Kompressionsstrümpfe
- ☐ Kompressionsverbände
- ☐ Langzeit-Sauerstofftherapien
- ☐ Regelmäßige Medikamenteneinnahme, welche

Medikamente \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

4.

Kommunikation / Bewegung

### Sprache

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

#### Hinweis

**Selbstständig** – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig

**Bedingt selbstständig** – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson

**Teilweise unselbstständig** – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig

**Unselbstständig** – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

### Hörvermögen

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

Hörgerät vorhanden? ☐ ja ☐ nein

### Sehkraft

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

Brille vorhanden? ☐ ja ☐ nein

### Bewegung

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

Hilfsmittel vorhanden

- ☐ Dekubitusmatratze
- ☐ Gehstock
- ☐ Mobiles oder festes Sauerstoffgerät
- ☐ Patientenlifter

- ☐ Pflegebett
- ☐ Prothesen
- ☐ Rollator
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Treppenlifter
- ☐ Unterarmgehstütze
- ☐ Wechseldruckmatratze
- ☐ Weichlagerungsmatratze

Sonstige \_\_\_\_\_

### **Orientierung**

#### **zeitlich – z. B. Tag-Nacht-Rhythmus**

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

#### **Hinweis**

**Selbstständig** – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig

**Bedingt selbstständig** – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson

**Teilweise unselbstständig** – Mit Hilfsmittel und teilweise  
Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig

**Unselbstständig** – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

#### **örtlich – z. B. Zurechtfindung im Umfeld**

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

#### **persönlich – z. B. Erkennen von nahestehenden Personen**

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

5.

## Körperhygiene

### Gesicht

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

#### Hinweis

**Selbstständig** – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig

**Bedingt selbstständig** – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson

**Teilweise unselbstständig** – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig

**Unselbstständig** – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

### Oberkörper

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

### Unterkörper

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

### Intimpflege

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

### Baden/Duschen

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

## KONTAKTFORMULAR ZUR BEDARFSERFASSUNG

(Baden/duschen – Hilfsmittel vorhanden)

- ☐ Badelifter
- ☐ Behindertengerechtes Bad
- ☐ Duschsitz
- ☐ Elektrischer Toilettensitz
- ☐ Haltegriff WC/Waschbecken

Sonstige \_\_\_\_\_

### Ausscheidungen

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

Hilfsmittel vorhanden

- ☐ Bettpfanne
- ☐ Katheter
- ☐ Künstlicher Darmausgang
- ☐ Toilettensitzerhöhung
- ☐ Urinflasche
- ☐ Vorlage
- ☐ WC-Stuhl
- ☐ Windeln

Sonstige \_\_\_\_\_

### Toilettengang

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

### An-/Ausziehen

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

#### Hinweis

**Selbstständig** – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig

**Bedingt selbstständig** – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson

**Teilweise unselbstständig** – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig

**Unselbstständig** – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

6.

Fragen zum Alltag

### Essen/Trinken

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

#### Hinweis

**Selbstständig** – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig

**Bedingt selbstständig** – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson

**Teilweise unselbstständig** – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig

**Unselbstständig** – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

Auf ausreichende Nahrungsaufnahme/Trinkmenge achten?

☐ ja

☐ nein

Hilfsmittel für die Nahrungsaufnahme vorhanden?

- ☐ Sondennahrung
- ☐ Schnabelbecher
- ☐ ergonomisches Besteck und Teller

### Diät

- ☐ diabetikerangepasste Kost
- ☐ Schonkost
- ☐ kohlenhydratreduzierte Kost
- ☐ vegetarisch
- ☐ vegan

Sonstige \_\_\_\_\_

### Aktuelle Therapien

- ☐ Ergotherapie
- ☐ Krankengymnastik
- ☐ Lymphdrainage

Sonstige \_\_\_\_\_

Steht der/die Betreute nachts auf?

- ☐ nein
- ☐ 1-mal
- ☐ 2- bis 3-mal
- ☐ mehr als 3-mal



6.

Fragen zum Alltag

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist nachts Hilfe nötig?                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Regelmäßiger Besuch von Freunden/Familie/Nachbarn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Teilnahme an Seniorenkreisen                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besuch in einer Tagespflegeeinrichtung            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kirchenbesuche                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

7.

Hauswirtschaftliche Leistungen

**Tiere (Anzahl)**

- ☐ Hund
- ☐ Katze
- ☐ Kleintiere in Käfighaltung
- ☐ Nutztierhaltung

Sonstige \_\_\_\_\_

- |                                    |                             |                               |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Versorgung der Haustiere           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Begleiten bei Arztbesuchen         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bügeln                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gartenarbeit (z. B. Blumen gießen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kochen/Essenszubereitung           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pflege Außenbereich                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reinigung der Wohnung              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wäsche waschen                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Winterdienst                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einkäufe erledigen                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt es eine Haushaltshilfe?       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz? \_\_\_\_\_

8.

### Wichtige Informationen

Welche Informationen zu der betreuten Person sind Ihnen noch wichtig  
(z. B.: beliebte Beschäftigungen, Besonderheiten im Umgang, usw..)?

---

---

---

9.

### Anforderungen an die Betreuungskraft

#### Gewünschtes Geschlecht

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ nicht relevant

#### Deutschkenntnisse der Pflegekraft

- ☐ basic
- ☐ gut
- ☐ sehr gut

Soll die Pflegekraft einen Führerschein besitzen?

☐ ja ☐ nein

Ist ein PKW vorhanden?

☐ ja ☐ nein

Darf die Pflegekraft rauchen?

☐ ja ☐ nein

#### Art der Unterkunft der betreuten Person?

- ☐ Wohnung
- ☐ Haus
- ☐ Reihenhause

#### Art der Unterkunft der Pflegekraft

- ☐ eigenes Zimmer
- ☐ eigene Wohnung
- ☐ eigene Etage
- ☐ Gästehaus

10.

Zusätzliche Informationen

**Ausstattung der Unterkunft für die Betreuungskraft**

- ☐ Außenfenster
- ☐ Bett
- ☐ eigenes Badezimmer
- ☐ Radio
- ☐ Schrank
- ☐ Tisch
- ☐ TV
- ☐ WLAN

Wie viele Leute wohnen im selben Haushalt? \_\_\_\_\_

Wer soll im Notfall kontaktiert werden? \_\_\_\_\_

Handynummer der Kontaktperson \_\_\_\_\_

**Wunschkdauer des Einsatzes**

- ☐ 4 Wochen
- ☐ 6 Wochen
- ☐ 8 Wochen
- ☐ länger

**Geplanter Beginn** \_\_\_\_\_

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

---

---

---

---

11.

Angaben zur weiteren zu betreuenden Person

Anrede ☐ Frau ☐ Mann

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe in cm \_\_\_\_\_

Gewicht in kg \_\_\_\_\_

Aktueller Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ kein Pflegegrad

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst? ☐ ja ☐ nein

Wie oft kommt der Pflegedienst?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst? (Grundpflege, Behandlungspflege, Zubereitung von Mahlzeiten)

---

---

12.

Diagnosen / Beeinträchtigungen

**Beeinträchtigungen**

- ☐ keine
- ☐ All. Altersschwäche
- ☐ Asthma
- ☐ Blutverdünner
- ☐ Dekubitus
- ☐ Demenz/Alzheimer
- ☐ Depression
- ☐ Diabetes Typ I
- ☐ Diabetes Typ II
- ☐ Epilepsie
- ☐ Herzinfarkt

12.

Diagnosen / Beeinträchtigungen

- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Hypertonie
- ☐ Infektionserkrankungen
- ☐ Makuladegeneration
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Niereninsuffizienz
- ☐ Oberschenkelhalsfraktur
- ☐ Ödeme
- ☐ Osteoporose
- ☐ Parkinson
- ☐ PEG/Magensonde
- ☐ Rheuma
- ☐ Schlaganfall
- ☐ (schwere) psychische Erkrankungen
- ☐ Spinalkanalstenose
- ☐ Suchterkrankungen

#### Ansteckende Krankheiten

- ☐ ESBL
- ☐ Hepatitis
- ☐ Herpes Zoster
- ☐ HIV
- ☐ MRSA

Sonstige \_\_\_\_\_

#### Krebserkrankungen

- ☐ Gehirn
- ☐ Konchen
- ☐ Magen/Darm-Trakt

Sonstige \_\_\_\_\_

12.

Diagnosen / Beeinträchtigungen

### Allergien

- ☐ Lebensmittel  
☐ Medikamente

Sonstige \_\_\_\_\_

### Ärztlich angeordnete Therapien

- ☐ Blutzucker messen  
☐ Diät  
☐ Inhalationen  
☐ Injektionen  
☐ Insulinpflichtig bei Diabetes Mellitus  
☐ Kompressionsstrümpfe  
☐ Kompressionsverbände  
☐ Langzeit-Sauerstofftherapien  
☐ Regelmäßige Medikamenteneinnahme, welche

Medikamente \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

13.

Kommunikation / Bewegung

### Sprache

- ☐ selbstständig  
☐ bedingt selbstständig  
☐ teilweise unselbstständig  
☐ unselbstständig

#### **Hinweis**

**Selbstständig** – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig  
**Bedingt selbstständig** – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson  
**Teilweise unselbstständig** – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig  
**Unselbstständig** – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

### Hörvermögen

- ☐ selbstständig  
☐ bedingt selbstständig  
☐ teilweise unselbstständig  
☐ unselbstständig

Hörgerät vorhanden? ☐ ja ☐ nein

13.

Kommunikation / Bewegung

**Sehkraft**

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

Brille vorhanden? ☐ ja ☐ nein

**Bewegung**

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

Hilfsmittel vorhanden

- ☐ Dekubitusmatratze
- ☐ Gehstock
- ☐ Mobiles oder festes Sauerstoffgerät
- ☐ Patientenlifter
- ☐ Pflegebett
- ☐ Prothesen
- ☐ Rollator
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Treppenlifter
- ☐ Unterarmgehstütze
- ☐ Wechseldruckmatratze
- ☐ Weichlagerungsmatratze

Sonstige \_\_\_\_\_

13.

Kommunikation / Bewegung

### Orientierung

#### zeitlich – z. B. Tag-Nacht-Rhythmus

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

#### Hinweis

**Selbstständig** – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig

**Bedingt selbstständig** – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson

**Teilweise unselbstständig** – Mit Hilfsmittel und teilweise  
Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig

**Unselbstständig** – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

#### örtlich – z. B. Zurechtfindung im Umfeld

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

#### persönlich – z. B. Erkennen von nahestehenden Personen

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig



14.

## Körperhygiene

### Gesicht

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

### Oberkörper

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

### Unterkörper

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

### Intimpflege

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

### Baden/Duschen

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

**KONTAKTFORMULAR ZUR BEDARFSERFASSUNG**

(Baden/duschen – Hilfsmittel vorhanden)

- ☐ Badelifter
- ☐ Behindertengerechtes Bad
- ☐ Duschsitz
- ☐ Elektrischer Toilettensitz
- ☐ Haltegriff WC/Waschbecken

Sonstige \_\_\_\_\_

**Ausscheidungen**

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

Hilfsmittel vorhanden

- ☐ Bettpfanne
- ☐ Katheter
- ☐ Künstlicher Darmausgang
- ☐ Toilettensitzerhöhung
- ☐ Urinflasche
- ☐ Vorlage
- ☐ WC-Stuhl
- ☐ Windeln

Sonstige \_\_\_\_\_

**Toilettengang**

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

**An-/Ausziehen**

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

15.

Fragen zum Alltag

### Essen/Trinken

- ☐ selbstständig
- ☐ bedingt selbstständig
- ☐ teilweise unselbstständig
- ☐ unselbstständig

#### Hinweis

**Selbstständig** – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig  
**Bedingt selbstständig** – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson  
**Teilweise unselbstständig** – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig  
**Unselbstständig** – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

Auf ausreichende Nahrungsaufnahme/Trinkmenge achten? ☐ ja ☐ nein

Hilfsmittel für die Nahrungsaufnahme vorhanden?

- ☐ Sondennahrung
- ☐ Schnabelbecher
- ☐ ergonomisches Besteck und Teller

### Diät

- ☐ diabetikerangepasste Kost
- ☐ Schonkost
- ☐ kohlenhydratreduzierte Kost
- ☐ vegetarisch
- ☐ vegan

Sonstige \_\_\_\_\_

### Aktuelle Therapien

- ☐ Ergotherapie
- ☐ Krankengymnastik
- ☐ Lymphdrainage

Sonstige \_\_\_\_\_

Steht der/die Betreute nachts auf?

- ☐ nein
- ☐ 1-mal
- ☐ 2- bis 3-mal
- ☐ mehr als 3-mal

15.

Fragen zum Alltag

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist nachts Hilfe nötig?                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Regelmäßiger Besuch von Freunden/Familie/Nachbarn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Teilnahme an Seniorenkreisen                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besuch in einer Tagespflegeeinrichtung            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kirchenbesuche                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

16.

Wichtige Informationen

Welche Informationen zu der betreuten Person sind Ihnen noch wichtig  
(z. B.: beliebte Beschäftigungen, Besonderheiten im Umgang, usw..)?

---

---

---