

Ich suche Hilfe

Persönliche Daten des Hilfesuchenden

Nachname:	_____	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Vorname:	_____	Telefon:	_____
Adresse:	_____	E-Mail:	_____
PLZ, Ort:	_____	Geburtsjahr:	_____

Persönliche Daten des Angehörigen

Nachname:	_____	PLZ, Ort:	_____
Vorname:	_____	Telefon:	_____
Adresse:	_____	E-Mail:	_____

Ich suche Hilfe/Unterstützung für...

- Fahrdienste** zum Einkaufen, Arzt, Krankenhaus, Therapie, Tagespflege, Kirche
- Begleitung zu Behörden**
- Hilfe bei Anträgen und Beratung** (z.B. Pflegegeld, Heizkostenzuschuss, etc.)
- Besorgung Medikamenten und Lebensmittel**
- Begleitung zu Veranstaltungen** (Theater, Feste, Kulturelle Veranstaltungen)
- Spaziergänge**
- Hausbesuche**
- Besuche** im Krankenhaus oder Altersheim
- Kartenspiel, andere Spiele**
- Kleine Reparaturen**
- Gartenarbeit und Hilfe beim Blumenschmuck**
- Vorübergehende Betreuung von Haustieren**
- Vorübergehende Unterstützung Krankheit** (Essen, Marend, Stück Kuchen)
- Müll entsorgen** (mitnehmen)
- Hilfsmittelverleih**

↳ Bitte wenden

An welchen Tagen wird die Hilfe benötigt?

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag | <input type="checkbox"/> Donnerstag | <input type="checkbox"/> Samstag |
| <input type="checkbox"/> Dienstag | <input type="checkbox"/> Freitag | <input type="checkbox"/> Sonntag |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch | | |

Zu welcher Tageszeit und wie lange wird die Hilfe benötigt?

- Vormittag Nachmittag

Dauer: _____ Regelmäßigkeit: _____

Sonstiges

Besondere Aspekte (z.B. Gesundheitseinschränkungen) die meine Helfer wissen sollten:

Haftungsausschluss

Wir haben die Angaben der freiwilligen Helfer nicht überprüft und haften daher nicht für die Richtigkeit dieser Angaben. Wir haften auch nicht für das Verhalten und die Aktivitäten der freiwilligen Helfer. Der Pflegeverein Kappl übernimmt als Projektleitung keine wie immer geartete Haftung für entstandene Personen und / oder Sachschaden oder sonstige Nachteile im Zusammenhang mit der freiwilligen Hilfestellung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- den obigen Haftungsausschluss gelesen und akzeptiert zu haben
- den Erhalt der ausführlichen Datenschutzerklärung
- den Hinweis auf das Widerspruchsrecht meiner Einwilligung
- die Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten zum genannten Zweck
- sämtliche Daten durch meine Tätigkeit streng vertraulich zu behandeln

Ort, Datum

Unterschrift Angehörige

Unterschrift Klient