**Allgemeiner Fragebogen für Betreuungspersonal**

Diese Informationen werden von uns streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich dem Auswahlverfahren von Betreuungspersonal und sind die Grundlage für die Erstellung eines unverbindlichen, kostenlosen Angebotes.

Die Kosten sind von den unten genannten Faktoren abhängig und sind wie folgt gestaffelt:

1. Welcher Umfang von Leistungen soll erbracht werden
2. Pflegebedürftigkeit der zu pflegende Person (Pflegestufe)
3. Berufliche Qualifikation der Pflegekraft
4. Andere Anforderungen (z. B. Führerschein, usw. )
5. Gewünschte Sprachkenntnisse des Betreuungspersonal

**Wenn zutreffend, bitte mit einem Kreuz markieren.**

**Kontaktdaten:**

**Auftraggeber:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontaktperson:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Die/der Pflegebedürftige**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Die hilfsbedürftige Person/- en**

Die zu betreuende Person ist:

1. \_\_  **männlich**, Alter: \_\_\_\_\_ , Pflegestufe: \_\_\_\_\_, Gewicht: \_\_\_\_\_\_
2. \_\_ **weiblich**, Alter: \_\_\_\_\_, Pflegestufe: \_\_\_\_, Gewicht: \_\_\_\_\_\_

Krankenversicherung **1.** \_\_\_\_\_\_ gesetzlich \_\_\_\_\_\_\_ privat

Krankenversicherung **2.** \_\_\_\_\_\_ gesetzlich \_\_\_\_\_\_\_ privat

Pflegestufe **1.** keine \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ Härtefall \_\_\_

Pflegestufe **2.** keine \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ Härtefall \_\_\_

**Welche Leistungen sollen erbracht werden?**

\_\_\_\_ 24 Stunden Betreuung

\_\_\_\_ Hauswirtschaftliche Unterstützung

**Überwachung der Medikamenteneinnahme:** \_\_\_\_ ja \_\_\_\_ nein

**Pflegedienst:**

**Ein ambulanter Pflegedienst kommt regelmäßig?** \_\_\_\_ ja \_\_\_\_ nein

Wie oft täglich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden? \_\_\_ ja \_\_\_ nein

**Sind Psychische Krankheiten bekannt oder festgestellt?**

 zu **1.** zu **2.**

Alzheimer \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Inkontinenz \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Bettlägerig \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Geistig behindert \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

MS-Patient \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Demenz \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Schlaganfall \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Parkinson \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte um kurze Erläuterung (nennen Sie bitte die Erkrankung):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Probleme in der Kommunikation:**

**Sprache:** \_\_\_ keine \_\_\_ mäßige \_\_\_ massive Probleme

**Sehkraft:** \_\_\_ keine \_\_\_ mäßige \_\_\_ massive Probleme

Hilfsmittel:

Brille: \_\_\_ ja \_\_\_ nein Hörgerät: \_\_\_ ja \_\_\_ nein

**Orientierung:**

Zeitlich: \_\_\_ ja \_\_\_ zeitweise \_\_\_ massive Probleme

Örtlich: \_\_\_ ja \_\_\_ zeitweise \_\_\_ massive Probleme

Persönlich: \_\_\_ ja \_\_\_ zeitweise \_\_\_ massive Probleme

**Transfer Bett / Rollstuhl:**

\_\_\_ selbstständig \_\_\_ mit Unterstützung \_\_\_nicht möglich

**Treppensteigen:**

\_\_\_ selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

**Bewegung:**

\_\_\_ selbstständig \_\_\_ mit Unterstützung \_\_\_ überwiegend im Rollstuhl \_\_\_ bettlägerig

Hilfsmittel:

\_\_\_ Pflegebett \_\_\_ Lift \_\_\_ Dekubitusmatratze \_\_\_ Rollstuhl \_\_\_ Rollator \_\_\_ Stock

**Baden / Duschen:**

\_\_\_ selbstständig \_\_\_ braucht Hilfe \_\_\_ vollständig hilfsbedürftig

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Körperpflege:**

Gesicht: \_\_\_ selbstständig \_\_\_ teilweise selbstständig \_\_\_ unter Anleitung \_\_\_ vollständig Unterstützung

Mundpflege / Zahnprothese: \_\_\_ teilweise selbstständig \_\_\_ unter Anleitung \_\_\_ vollständig Unterstützung

Oberkörper: \_\_\_ teilweise selbstständig \_\_\_ unter Anleitung \_\_\_ vollständig Unterstützung

Gesäß / Beine: \_\_\_ selbstständig \_\_\_ teilweise selbstständig \_\_\_ unter Anleitung \_\_\_ vollständig Unterstützung

Intimpflege: \_\_\_ selbstständig \_\_\_ teilweise selbstständig \_\_\_ unter Anleitung \_\_\_ vollständig Unterstützung

Haare kämmen / waschen: \_\_\_ selbstständig \_\_\_ teilweise selbstständig \_\_\_ unter Anleitung \_\_\_ vollständig Unterstützung

Rasieren: \_\_\_ selbstständig \_\_\_ teilweise selbstständig \_\_\_ unter Anleitung \_\_\_ vollständig Unterstützung

Handpflege: \_\_\_ selbstständig \_\_\_ teilweise selbstständig \_\_\_ unter Anleitung \_\_\_ vollständig Unterstützung

Fußpflege: \_\_\_ selbstständig \_\_\_ teilweise selbstständig \_\_\_ unter Anleitung \_\_\_ vollständig Unterstützung

**Urinkontrolle:**

\_\_\_ Kontinent \_\_\_ teilweise Inkontinenz (z.B. nachts) \_\_\_ Inkontinenz

Hilfsmittel: \_\_\_ Windeln \_\_\_ Vorlagen \_\_\_ Urinflasche \_\_\_ Katheter

\_\_\_ suprapubischer Katheter

**Stuhlkontrolle:**

\_\_\_ Kontinent \_\_\_ teilweise Inkontinenz (z.B. nachts) \_\_\_ Inkontinenz

Hilfsmittel: \_\_\_ Windel \_\_\_ Toilettenstuhl

**An- / Auskleiden:**

\_\_\_ selbstständig \_\_\_ braucht Hilfe \_\_\_ vollständig hilfsbedürftig

**Essen / Trinken:**

\_\_\_ selbstständig \_\_\_ braucht Hilfe z. B. beim Schneiden \_\_\_ vollständig hilfsbedürftig

**Kau- u. Schluckstörungen:**

\_\_\_ keine \_\_\_ Störungen \_\_\_ PEG Sonde \_\_\_ Nahrungskarenz \_\_\_ Trinkkarenz

**Diät:**

\_\_\_ keine \_\_\_ falls ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ein- / Durchschlafen:**

\_\_\_ keine Probleme \_\_\_ sporadische Störungen \_\_\_ Schlaf-wach-Rhythmus gestört

\_\_\_ 1mal \_\_\_ 2 – 3mal \_\_\_ mehr als 3 mal (wird begleitet vom Ehemann)

Bekommt Schlafmittel: \_\_\_ ja \_\_\_ nein

**Hauswirtschaftliche Arbeiten:**

Einkaufen \_\_\_\_ ja \_\_\_\_ nein

Kochen \_\_\_\_ ja \_\_\_\_ nein

Putzen \_\_\_\_ ja \_\_\_\_ nein

Waschen \_\_\_\_ ja \_\_\_\_ nein

Bügeln \_\_\_\_ ja \_\_\_\_ nein

Begleitung bei Arztbesuchen \_\_\_\_ ja \_\_\_\_ nein

Ein Freizeitausgleich für die Betreuerin wird im Rahmen des Möglichen gewährleistet und nach vorheriger Absprache mit der Betreuerin durchgeführt.

**Sonderwünsche:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Voraussichtliche Dauer der Einsätze:** \_\_\_\_ 1 Monat \_\_\_\_ bis 2 Monate

**Wohnsituation:**

\_\_\_ Einfamilienhaus \_\_\_ Mehrfamilienhaus \_\_\_ Wohnung \_\_\_ sonstige:

**Lage:**

\_\_\_ Großstadt - zentral \_\_\_ Großstadt – abgelegen \_\_\_ Kleinstadt \_\_\_Dorf

\_\_\_ ländlich

**Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):**

\_\_\_ ca. 10 min \_\_\_ ca. 20 min \_\_\_ ca. 40 min \_\_\_ 1 Std.

\_\_\_ länger als 1 Stunde

**Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut/gepflegt oder bewirtschaftet werden?**

\_\_\_\_ ja \_\_\_\_ nein (wenn ja) Wie viel Personen insgesamt \_\_\_\_

**Im Haushalt wohnen insgesamt:** \_\_\_\_\_\_\_ Personen.

**Haustiere vorhanden (wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_ nein

**Deutschkenntnisse des Personals:**

Auch ohne Kenntnisse der deutsche Sprache \_\_\_\_\_

Einfache Anweisungen auf Deutsch sollten verstanden werden \_\_\_\_\_

Einfache Anweisungen und einfache Unterhaltung sollten möglich sein \_\_\_\_\_

Grundkenntnisse der Deutsch Sprache \_\_\_\_\_

Gutes Verständnis, gute Sprache \_\_\_\_\_

Flüssiges und grammatikalisch korrektes Deutsch \_\_\_\_\_

**Das Betreuungspersonal:**

Ab wann soll die Pflegekraft kommen? c. a. \_\_\_\_\_\_

**Anforderung an die Hilfskraft:**

**Geschlecht:** \_\_\_\_ unwichtig \_\_\_\_ weiblich \_\_\_\_ männlich

**Mindestalte:** \_\_\_\_\_ unwichtig \_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ Jahre

**Beruf:** \_\_\_\_\_ unwichtig \_\_\_\_ Krankenschwester/Pfleger oder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ möglichst

**Führerschein:** \_\_\_\_\_ unwichtig \_\_\_\_\_ erforderlich

**Nicht Raucherin:** \_\_\_\_\_ erforderlich \_\_\_\_\_\_ unwichtig

**Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter / -in:**

\_\_\_ eigenes Bad \_\_\_ Bett \_\_\_ Tisch \_\_\_ Schrank

\_\_\_Radio \_\_\_ TV \_\_\_ Computer \_\_\_ Internetzugang

**Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiter / innen?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tagesstruktur:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Morgens:**

\_\_\_ wecken um: \_\_\_ Uhr \_\_\_ ausschlafen lassen

Baden / Duschen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vormittags:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mittags:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nachmittags:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Abends:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nachts:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Hobbys hat der / die Patient / -in:

Sonstiges:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Patienten:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wir werden unser Bestens tun um eine geeignete Kraft für Sie zu finden.

Bitte informieren Sie uns wenn Probleme auftreten.

**Wichtig:** Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Sie mit Ausfüllung dieses Fragebogens, KEINEN Pflichten eingehen. Dieser Fragebogen ist die Grundlage für die Erstellung eines unverbindlichen, kostenlosen Angebots

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wenn Sie noch Anmerkungen oder Fragen haben, hier können Sie es uns mitteilen.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bin auch gerne bereit in einem persönliche Gespräch meine Dienstleistungen vorzustellen.

