



- Können Sie sich an ihren Beruf und ggf. Eheschließung erinnern? ja nein
Haben Sie Schwierigkeiten einem Gespräch zu folgen? ja nein
Erkennen Sie Gefahren im Haushalt (z.B. Stromquellen, Stolperschwellen)? ja nein
Haben Sie Schwierigkeiten, die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einzuhalten? ja nein

Bestehen Schwierigkeiten beim...?

Bitte kurze Beschreibung:

- Sprechen: nein ja, welche _____
Hören: nein ja, welche _____
Sehen: nein ja, welche _____

Benötigen Sie Hilfe bei psychischen Problemen (z.B. Wahnvorstellungen, grundloses ständiges Rufen)?

- nein ja, welche _____

Wenn ja, wie oft (z. B. täglich, mehrmals wöchentlich, seltener als wöchentlich)?

Welche Unterstützung ist dann notwendig?

- Können Sie sich tagsüber beschäftigen (z. B. TV sehen, Radio hören) ja nein
Können Sie alleine ein Treffen mit einer Freundin/Freund planen ja nein
Können Sie ohne Hilfe telefonieren? ja nein

Ort, Datum, Unterschrift

Telefonnummer (wichtig für Rückfragen)

Falls Sie die Fragen nicht selbst beantwortet haben:

Ich bin damit einverstanden, dass bei offenen Fragen dort Kontakt aufgenommen wird

- ja nein

Die Fragen wurden beantwortet von:

Name, Vorname: _____

Funktion (z. B. Bevollmächtigte

Betreuer/in): _____

Telefon: _____

Ort, Datum, Unterschrift