



Welche Hilfe brauchen Sie?

Bitte kreuzen Sie an.

1. Hätten Sie gerne Hilfe beim Einkaufen?

Ja Nein

2. Würden Sie ab und zu oder regelmäßig gerne mit Anderen gemeinsam essen?

Ja Nein

3. Benötigen Sie Unterstützungen bei kleinen Handreichungen?

Ja Nein

4. Benötigen oder wünschen Sie Begleitung zu kulturellen Veranstaltungen oder Ausflügen?

Ja Nein

5. Wünschen Sie sich gelegentlich Besuch oder Begleitung beim Spaziergehen?

Ja Nein

6. In welchem Zeitumfang hätten Sie gerne Hilfe?

(z.B. zwei Stunden wöchentlich)

Vor- und Zuname

Adresse

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse