

**Ihre persönliche Daten**

Name, Vorname:		
Adresse:		
Telefonnummer:		wichtig für die Erreichbarkeit während der Gästeassistentenz
E-Mail:		
Wunschtermin zum Kennenlernen:		

**Allgemeine Angaben zu Ihrem/r Angehörigen**

Name, Vorname:		Geburtsdatum	
Muttersprache:			
Hobbys/Interessen:			

**Ihr/e Angehörige/r benötigt Unterstützung...**

<input type="checkbox"/> beim Gehen	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen	<input type="checkbox"/> beim Greifen
<input type="checkbox"/> bei der Orientierung (räumlich/zeitlich)	<input type="checkbox"/> beim Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> beim Toilettengang
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

**Ihr/e Angehörige/r nutzt folgende Hilfsmittel:**

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

**Bestehen Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten bei Ihrem/r Angehörigen?**

Nein                       Ja

Wenn ja, welche?

**Gibt es weitere Besonderheiten oder wichtige Hinweise zu Ihrem/r Angehörigen?**


Ich habe das Merkblatt „Teilnahmebedingungen und Datenschutz der Gästeassistentenz“ erhalten und verstanden. Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese an.

Nürnberg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_