

Aufnahmetag: <input type="text"/>		Statistik: <input type="text"/>		Betreuertyp: <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> KI <input type="checkbox"/> BS	
Name, Vorname: <input type="text"/>					
Wohnt in: <input type="text"/>					
Arbeitet in (TM) <input type="text"/>					
E-Mail: <input type="text"/>					
Telefon privat <input type="text"/>		Telefon dienstl.: <input type="text"/>			
Handy: <input type="text"/>		Geburtsdatum: <input type="text"/>			
Familienstand: <input type="checkbox"/> Verh. <input type="checkbox"/> Alleinerziehend <input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden					
Eigene Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Alter: <input type="text"/>			
Erlerner Beruf: <input type="text"/>					
Ehepartner/in: <input type="text"/>					
Sprachen: <input type="text"/>					
Pflegerlaubnis für wie viele Kinder: <input type="text"/>			pol. Führungszeugnis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bundeszertifikat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Seit: <input type="text"/>		
Haftpflichtversichert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei: <input type="text"/>					
Erfahrung als BetreuerIn: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wodurch? <input type="text"/>					
Interesse an Fortbildung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/>					
Betreuungszeiten: <input type="text"/>					
am Wochenende: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			über Nacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ab wann verfügbar: <input type="text"/>			auch für Notfälle: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Betreuung an anderen Orten: <input type="text"/>					
Betreuung behinderter Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Honorarvorstellungen: <input type="text"/>			Garten Spielplatz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Haustiere: <input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein					
Allergien: <input type="text"/>					
Sonstiges: <input type="text"/>					

Datum

Name

Kommentar

Datum	Name	Kommentar

Bemerkungen (Raum, Besonderheiten, Eindruck):

Large empty box for notes and observations.