

Personalbogen für Betreuerin im Seniorenhaushalt

Vorname		Nachname:		Geburtsnummer:		Foto
Mögliche Eintrittsdatum:			Versicherung:			
Geburtsdatum:		Alter:	Größe		Gewicht	
Familienstand :		Kinder :	Mobil:			
Adresse:						
IBAN / SWIFT						
Email:				Mein Kontaktperson für Notfall:		
Abgeschlossene Ausbildung:				Erlerner / frühere Beruf:		
Haben Sie einen PKW Führerschein?				Haben Sie Fahrpraxis?		
Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
Pflegekurs - Zertifikat				Momentane Beschäftigung:		
Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>				
Leiden Sie unter : Alergie?		Leiden Sie unter: Chronische Krank.?		Leiden Sie unter: Körperlichen Probleme?		
Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol?				Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		
Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		Gelegentlich <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>					Nein <input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?		wenn ja, wie viele am Tag		Können Sie auf Rauchen verzichten?		
Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>
A - Grundkenntnisse(Sprachkurs)						
B – Erweiterte Kenntnisse(Einfache Unterhaltungen sind möglich)						
C - Gute Kenntnisse (Solide Unterhaltung)						
D - Sehr gute Kenntnisse(Unterhaltung ohne Einschränkung)						

Können sie kochen?		Können Sie selbständig Haushalt führen?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bewerbe mich als:			
Krankenschwester <input type="checkbox"/>		Seniorenbetreuerin / Haushälterin <input type="checkbox"/>	
Mit welchen Patienten haben Sie Erfahrungen?			
<input type="checkbox"/> Alters Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung <input type="checkbox"/> Aggressivität <input type="checkbox"/> Weglautendenz <input type="checkbox"/> Desorientierung <input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nach dem Schlaganfall <input type="checkbox"/> nach dem Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Krebs /Tumor <input type="checkbox"/> PEG – Sonde <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Nachtwache	<input type="checkbox"/> mit Rollator <input type="checkbox"/> mit dem Rollstuhl <input type="checkbox"/> mit Bettlägeriger Pat. <input type="checkbox"/> Hygiene im Bett <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Katheder <input type="checkbox"/> Pampers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Erfahrungen als Seniorenbetreuer/in oder Haushaltshilfe: (wo, wie lange, wann, ausgeführte Tätigkeiten, Gesundheitszustand des Patienten).			
Die zu betreuende Person kann sein:		Ehepaar oder 2 Personen:	
lieber Weiblich <input type="checkbox"/>	lieber Männlich <input type="checkbox"/>	Egal <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Meine Charakteristik und Hobbys:			
Wünsche und Erwartungen			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen verstanden habe. Und gewissenhaft und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.

Datum	Unterschrift

Im Rahmen der Vermittlungs-Betreuungstätigkeit dürfen die Daten an Afenturen Kunden weitergegeben und gespeichert werden. Der Lebenslauf wird vertraulich behandelt und darf vom Kunden nicht an Dritte weitergeleitet werden.