

BEWERBERBOGEN

Wir freuen uns über Ihr Interesse an einer Zusammenarbeit!
Um herauszufinden welcher Einsatz für Sie der Richtige ist bitten wir Sie,
uns diesen Bewerberbogen komplett auszufüllen und auszuhändigen.

Kontaktangaben & persönliche Angaben

Vor- / Nachname	<input type="text"/>
Straße / Hausnr.	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geburtstag / Geburtsort	<input type="text"/>
Telefon / Mobil	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>
Steuer-ID & Sozialvers. Nr.	<input type="text"/>
Steuerklasse & Krankenkasse	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit (T/M/J): <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="text"/> Kinderanzahl:
Bankverbindung IBAN/BIC	<input type="text"/>

Ihre Bewerbung

Bewerbung als	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Schichtarbeit	<input type="checkbox"/> Frühschicht <input type="checkbox"/> Nachtschicht <input type="checkbox"/> Spätschicht	
Einsatzbereich	<input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bundesweit	max. Fahrtweg: <input type="text"/> km
Zeitraum	Eintritt ab: <input type="text"/>	zur Verfügung bis: <input type="text"/>
Letzter Verdienst	Brutto/Monat: <input type="text"/>	Stundenlohn brutto: <input type="text"/>

Ihre Mobilität

Führerschein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Klasse/n: <input type="text"/>
PKW vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ihr Werdegang

Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Hauptschule
Berufsausbildung & Abschlussjahr	<input type="text"/>
Studium & Abschluss	<input type="text"/>

Angaben zu letzten Arbeitgebern

von / bis	Tätigkeit/Aufgabe	Name des Arbeitgebers

Berufliche Stärken & Schwächen

Berufliche Stärken und Aufgaben die Sie gerne machen	
Berufliche Schwächen, Aufgaben die Sie ungern machen	

Sonstige Angaben

F: Leiden Sie unter chronischen Krankheiten oder Gebrechen die Sie bei der Ausübung Ihrer Arbeit einschränken? Nein Ja - an welcher?

F: Sind Sie Kriegs-/Schwer-/Unfallgeschädigt? Nein Ja - zu %

F: Sind Sie vorbestraft (ausgenommen Verkehrsdelikte)? Nein Ja

F: Schwebt gegen Sie ein Ermittlungsverfahren? Nein Ja

Ort / Datum

Unterschrift

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und falsche Angaben zu einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses führen können.

Angaben zu Ihren Fähigkeiten: Pflege



Name: _____

Altenpfleger/in + Gesundheits- und Krankenpfleger/in

- Durchführung der aktiv. Grundpflege wie bettlägerige Menschen umbetten
- Hilfe beim An- u. Entkleiden, Essen und Trinken, Speiseversorgung
- hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- Bewegungs- und Beschäftigungstherapie
- Organisation von Programmen zur Freizeitgestaltung für Senioren (Spielnachmittage)
- Durchführung der Hygienemaßnahmen
- Hilfestellung bei der Fortbewegung
- Behandlung von Schwerstpflegebedürftigen
- Förderung und Pflege von Behinderten
- Betreuung von Rollstuhlfahrern
- Bedienung von medizinischen Geräten
- Verabreichen der ärztl. verordneten Arzneimittel und Infusionen
- Aktive Mitwirkung bei der Führung der Pflegedokumentation
- Begleiten bei Arztbesuchen od. Behördengänge in stat. Einrichtungen oder zu Hause
- Wechseln von Verbänden und Hautpflege
- Vorbereitung der Arztbesuche und Information für Arzt über Veränderungen
- Erste Hilfe in Notfällen leisten
- Vorbeugung der Isolation und Vereinsamung

- Beratung u. Anleitung von Angehörigen
- Palliativversorgung
- Sterbebegleitung, Versorgung von Verstorbenen

Sonstiges:

-
-
-
-

Datum, Ort

Unterschrift