

Fragebogen für Bewerber

KONTAKTDATEN

Anrede Herr Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Alter

Straße

Postleitzahl / Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

EINSATZMÖGLICHKEITEN

Zu welchem Termin suchen Sie eine Anstellung?

**Für welche Position bewerben Sie sich bei uns?
Bitte geben Sie den Namen des Pflegegesuchs an.**

In welchem Umkreis können Sie eingesetzt werden? (Stadt / Stadtteil usw.)

Suchen Sie eine Voll- oder Teilzeitstelle?

Vollzeit Teilzeit Egal 450,- € Selbstständig

Haben Sie ein polizeiliches Führungszeugnis?

Wenn ja, senden Sie es uns bitte unter Angabe Ihres Namens an
info@diepflegerboerse.de.

Nein Führungszeugnis Erweitertes Führungszeugnis

Was ist Ihr Gehaltswunsch?

Monatliches Brutto / Std.-Lohn Brutto / Tagessatz.

Für welchen Zeitraum sind Sie beim Kunden verfügbar?

- Kurzfristig / Ein paar Tage 2 Wochen 1 Monat 2 Monate
 Über 2 Monate Sonstiger Zeitraum

Haben Sie bereits in der Vergangenheit bei einem anderen Pflegedienst gearbeitet?

- Ja Nein

Wenn ja, bei welchem und wann?

Haben Sie einen Führerschein? Ja Nein

Wenn ja: welche Führerscheinklasse?

Besitzen Sie ein Fahrzeug? Ja Nein

Wie gut sind Ihre Deutschkenntnisse?

- Sehr Gut Gut Befriedigend Ausreichend

Haben Sie weitere Sprachkenntnisse?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Berufserfahrung mit Demenz, Krebs, Mobilitätseinschränkungen?

- Ja Nein

Welche Aufgaben können Sie sich bei der Betreuung und Pflege unserer Kunden vorstellen? Wie können Sie sie unterstützen?

Hauswirtschaftliche Versorgung

- Einkaufen
- Mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme von Speisen
- Spülen
- Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
- Bügeln
- Beheizen (nur Temperatureinstellung)

Körperpflege

- das Waschen, Duschen, Baden
- Zahnpflege
- Haare kämmen und waschen
- Rasieren
- Darm- oder Blasenentleerung
- Handpflege
- Fußpflege
- Intimpflege
- Oberkörperpflege
- Gesichtspflege
- Mundpflege / Zahnprothese
- Pflege von Gesäß / Beine

Mobilität

- das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen
- das An- und Auskleiden
- Gehen, Stehen, Treppensteigen
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- Hilfe beim Umlagern
- Transfer Bett in Rollstuhl / Toilettenstuhl
- Bring- und Abholservice
- Reisebegleitung
- Transport

Alltägliche Aktivitäten

- Terminvereinbarungen mit Ärzten
- Begleitung zu den Ärzten
- Begleitung zu den Kulturveranstaltungen
- Pflege der Zimmerpflanzen
- Erledigung sonstiger Bersorgungsaufträge

Was bringen Sie noch mit? Bitte schicken Sie entsprechende Nachweise an info@diepflegerboerse.de.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erste-Hilfe-Zertifikat | <input type="checkbox"/> Gebärdensprache |
| <input type="checkbox"/> Insulingabe | <input type="checkbox"/> Freizeitbegleitung |
| <input type="checkbox"/> Medikamentengabe | <input type="checkbox"/> Häuslicher Pflegedienst |
| <input type="checkbox"/> Herz-Lungen-Wiederbelebung | <input type="checkbox"/> Häusliche Betreuung |
| <input type="checkbox"/> Sprachtherapie | <input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Einverstanden mit Haustieren |
| <input type="checkbox"/> Beschäftigungstherapie | <input type="checkbox"/> Arbeiten rund ums Haustier |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsassistenz | <input type="checkbox"/> Erfahrung mit Behinderungen |
| <input type="checkbox"/> Ausgebildeter Krankenpfleger | <input type="checkbox"/> Gesundheitspass |

Welche weiteren Aufgaben können Sie übernehmen?

IHRE ERFAHRUNGEN

Haben Sie Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit der Diagnose...?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Tumor/Krebs |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall links | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Angstzustände |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Altersschwäche |
| <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Unfall/Sturz |
| <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Amputation |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> geschwächt (Krankenhaus-Aufenthalt) |
| <input type="checkbox"/> Stoma (künstl. Darmausgang) | |

Weitere Erfahrungen

Haben Sie Erfahrungen mit Menschen der Pflegegrade...?

1. 2. 3. 4. 5. Nein

Mit welcher mentalen Verfassung von Kunden hatten Sie zu tun?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine geistige Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> gestörter Tag- / Nacht-Rhythmus |
| <input type="checkbox"/> Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> Starker Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung mit Aggressivität | |
| <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung mit Apathie (Teilnahmslosigkeit) | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | <div style="background-color: #f08080; width: 500px; height: 20px;"></div> |

Haben Sie Erfahrungen mit Menschen mit Problemen in der Kommunikation?
Sprechen / Hören / Sehen.

- Ja, mit Menschen mit mäßigen Problemen
 Ja, mit Menschen mit massiven Problemen
 Keine

Haben Sie Erfahrungen mit Menschen mit Problemen in der Orientierung?
Zeitliche / Örtliche / Persönliche.

- Ja, mit Menschen mit zeitweisen Problemen
 Ja, mit Menschen mit massiven Problemen
 Keine

Haben Sie Erfahrungen mit Menschen mit Problemen in Mobilität?

- Keine Rollstuhl Gehstock Rollator Pflegebett
 Dekubitusmatratze Patientenlift Treppenlift Toilettenstuhl

Urin- und Stuhlkontrolle - Welche Hilfsmittel sind Ihnen im Umgang bekannt?

- Windeln Vorlagen Urinflaschen Katheter
 suprapubischer Katheter Keine

Ist es für Sie möglich Einlagen oder Inkontinenzmaterial beim Kunden zu wechseln?

- Ja Nein

ZU IHRER PERSON

Beschreiben Sie Ihren Charakter und Ihr Wesen.

Beschreiben Sie sich mit einer Note zwischen 1 und 5.

	Note	Begründung
Freundlichkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Empathie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Flexibilität	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Was sind Ihre persönlichen Fähigkeiten und Stärken?



**Was wünschen Sie sich von der Zusammenarbeit mit den Kunden?
Worauf legen Sie wert?**



WEITERE ANGABEN

Ich bestätige hiermit, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig aufgeführt und ausgefüllt sind.

Hiermit erkläre ich mich mit den AGBs und der in der Datenschutzerklärung näher beschriebenen Verwendung und Weitergabe meiner Daten zu internen Zwecken bei diepflegeboerse.de einverstanden.

Ja, ich möchte per E-Mail über neue Pflegekräfte von diepflegeboerse.de informiert werden.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- www.diepflegeagentur.de
- Bekannte / Freunde
- Weiterempfehlung
- Krankenhaus
- Praxen
- Zeitung / Radio / sonstige Medien
- Google
- Andere Suchmaschine

Sonstige

Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Ort, Datum

Unterschrift