**Personalbogen**

www.sueddeutsche-seniorenbetreuung.de

Tel: 00420 731 761 083

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familienname:  Vorname:  Nationalität:  Religion:  Adresse:  E-Mail:  Geburtsdatum: | | |  |
| Gewicht: | Grösse: | | Familienstand: |
| Telefon-Nr: | | Tel. alternativ: | |

|  |
| --- |
| Gewerbeschein: Ja  Nein  Falls Ja; ist er aktiv? |

|  |  |
| --- | --- |
| Rauchen Sie?  Wenn Ja; würden Sie im Haus auf das Rauchen verzichten? | Ja  Nein  Ja  Nein |
| Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  Fall Ja; Welche? | Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Eintrittstermin: |  |
| Dauer des Aufenthaltes: |  |
| Wechsel nach: | 1- 2 Monaten  3 Monaten |

|  |  |
| --- | --- |
| Deutschkenntnisse:  1= sehr gut  2 = gut  3 = mittel  4 = genügend  5 = Grundkenntnisse | Sprechen |
| Verstehen |
| Schreiben |
|  |  |
| Wo haben Sie Deutsch gelernt? |  |
| Sind Sie schon in der Schweiz gewesen?  Falls Ja; Wie lange? | Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Ausbildung: |  |
| Aktuelle Beschäftigung: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Besitzen Sie einen gültigen Führerausweis?  Würden Sie in der Schweiz, Deutschland, oder Österreich Auto fahren? | Ja  Nein  Ja  Nein |
| Pflegekurs absolviert? | Ja  Nein |
| Einfache Pflegetätigkeiten: | Ja  Nein |
| Versorgung von Haustieren: | Ja  Nein |
| Kochkenntnisse:  Backkenntnisse: | Ja  Nein  Ja  Nein |
| Gartenpflege: | Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Die zu betreuende Person soll sein: | Weiblich  Männlich  Egal |
| Erfahrungen in der Seniorenbetreuung:  Ja  Nein  - Körperlich beeinträchtigte Erwachsene  Ja  Nein  - Körperlich beeinträchtigte Jugendliche  Ja  Nein  - Körperlich beeinträchtigte Kinder  Ja  Nein  - Bettlägerige Patienten  Ja  Nein  - Umgang mit Rollstuhl, Rollator  Ja  Nein  - Lähmungen  Ja  Nein  - Demenz  Ja  Nein  - Zeitliche Desorientierung  Ja  Nein  - Räumliche Desorientierung  Ja  Nein  - Inkontinenz  Ja  Nein  - Pampers, Einlagen, Windeln  Ja  Nein  - Vorlesen aus einem Buch auf Deutsch  Ja  Nein  - Nächtliche Schlafunterbrechung  Ja  Nein  - Infektiöse Krankheiten  Ja  Nein  - Parkinson  Ja  Nein  - Alzheimer  Ja  Nein  - Tumorerkrankungen/Krebs  Ja  Nein  - Diabetes  Ja  Nein  - Dauerkatheter  Ja  Nein  - Diät  Ja  Nein  - Sonderernährung  Ja  Nein  - Gehörlosigkeit  Ja  Nein  - Spaziergänge  Ja  Nein  - Körperhygiene | |
| Pflegeerfahrungen, bisherige Pflegestellen im Ausland, Kundenreferenzen: | |
| Sonstige Wünsche und Erwartungen der Bewerberin: | |