**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 gut2 = gut3 = mittel4 = genügend5 = 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 ErwachseneJa [ ]  Nein [ ]  - Körperlich beeinträchtigte JugendlicheJa [ ]  Nein [ ]  - Körperlich beeinträchtigte KinderJa [ ]  Nein [ ]  - Bettlägerige PatientenJa [ ]  Nein [ ]  - Umgang mit Rollstuhl, RollatorJa [ ]  Nein [ ]  - LähmungenJa [ ]  Nein [ ]  - DemenzJa [ ]  Nein [ ]  - Zeitliche DesorientierungJa [ ]  Nein [ ]  - Räumliche DesorientierungJa [ ]  Nein [ ]  - InkontinenzJa [ ]  Nein [ ]  - Pampers, Einlagen, WindelnJa [ ]  Nein [ ]  - Vorlesen aus einem Buch auf DeutschJa [ ]  Nein [ ]  - Nächtliche SchlafunterbrechungJa [ ]  Nein [ ]  - Infektiöse KrankheitenJa [ ]  Nein [ ]  - ParkinsonJa [ ]  Nein [ ]  - AlzheimerJa [ ]  Nein [ ]  - Tumorerkrankungen/KrebsJa [ ]  Nein [ ]  - DiabetesJa [ ]  Nein [ ]  - DauerkatheterJa [ ]  Nein [ ]  - DiätJa [ ]  Nein [ ]  - SonderernährungJa [ ]  Nein [ ]  - GehörlosigkeitJa [ ]  Nein [ ]  - SpaziergängeJa [ ]  Nein [ ]  - Körperhygiene |
| Pflegeerfahrungen, bisherige Pflegestellen im Ausland, Kundenreferenzen: |
| Sonstige Wünsche und Erwartungen der Bewerberin: |