

AGAPLESION ALLGEMEINES KRANKENHAUS HAGEN
Grünstraße 35 58095 Hagen

AGAPLESION ALLGEMEINES
KRANKENHAUS HAGEN gGmbH
Personalabteilung
Frau Brockhaus
Grünstraße 35
58095 Hagen

Unterstützung auf freiwilliger Basis

Name, Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____

Haben Sie medizinisch/pflegerische Vorkenntnisse (Ausbildung/Studium)?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Wenn nein, welcher Berufsgruppe gehören Sie an? _____

Haben Sie ein Gesundheitszeugnis? Ja Nein

Bevorzugte Einsatzbereiche? _____

Dreischichtmöglichkeit? Ja Nein

Uhrzeiten (von – bis)? _____

Welche der folgenden Tätigkeiten würden Sie unterstützend übernehmen?

Grundpflege: Ja Nein

Vitalzeichen (Blutdruck, Puls, Temperatur): Ja Nein

Transfer der Patienten: Ja Nein

Essen verteilen: Ja Nein

Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme: Ja Nein

Betten und Lagern von Patienten: Ja Nein

Reinigung: Ja Nein

Botengänge innerhalb des Hauses: Ja Nein

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift