

# Personalbogen



Vorname:	
Nachname:	
Postleitzahl und Wohnort:	
Straße und Nummer:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Geburtsdatum und -ort:	
Staatsbürgerschaft:	
Sozialversicherungsnummer:	
Gewerberegister-Nr.:	
Adresse im Heimatland:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Anzahl der Kinder:	_____
Größe und Gewicht:	_____ cm    _____ kg
Kleidergröße (Shirt):	<input type="checkbox"/> small <input type="checkbox"/> medium <input type="checkbox"/> large <input type="checkbox"/> extra large
Ausbildung:	<input type="checkbox"/> Krankenschwester <input type="checkbox"/> Pflegezertifikat

Kopie der E-Card liegt bei.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopie des Polizeilichen Führungszeugnisses liegt bei.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopie des Reisepasses liegt bei.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Letzter Gewerbestandort (Familie) in Österreich: <hr/>		
Haben Sie einen Pflegekurs absolviert? (Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Gewerbeschein? (Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist der Gewerbeschein aktiv?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Führerschein und können Autofahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie gesundheitliche Probleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Sie über Weihnachten und Silvester arbeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Möglicher Arbeitsbeginn:	<input type="checkbox"/> sofort	<input type="checkbox"/> ab _____

## Allgemeines:

Schulbildung/Universität/Beruf bevor Sie in der Pflege gearbeitet haben?

---

---

---

Berufserfahrung/Praxis/ Wie viele Monate haben Sie in der Pflege gearbeitet?

---

---

Wer von Ihrer Familie ist im Notfall zu verständigen:

Name: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Bei welcher Familie haben Sie zuletzt gearbeitet?

Name: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Referenzen:

Name: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Sprachkenntnisse in Deutsch:  sehr gut  gut  mäßig/schlecht

Wo und wie lange haben Sie Deutsch gelernt:

Wo: \_\_\_\_\_ Monate: \_\_\_\_\_

Weitere Sprachkenntnisse: \_\_\_\_\_

## Über welche Patientenerfahrung verfügen Sie?

Frau	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mann	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Demenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bettlägeriger Patient	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Künstliche Ernährung (Sonde)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Katheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Inkontinenter Patient (Einlagen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Palliative Erfahrung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Krebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges:	_____	

## Über welche Fähigkeiten verfügen Sie?

Kochen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einkaufen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

# Unsere Konditionen:

**Um mit Pflege Daheim DM zu arbeiten, müssen Sie mit folgenden Bedingungen einverstanden sein:**

**Grund Tagesgeld: € 35**

zusätzliche Ergänzungen:

€ 5/Tag bei:

- Demenz
- Pflegestufe 5
- Nachtaufschlag (bei mehr als 3 Gängen)
- zweiter Person im Haushalt (ohne Beeinträchtigung)
- Hilfsbedarf im Rollstuhl

€ 10/Tag bei:

- zweiter Person im Haushalt (mit Beeinträchtigung)

Hinweis: Sie können jederzeit ersetzt werden, wenn es zu unbegründeten Arbeitsverweigerungen kommt.

**Fahrtgeld: pauschal € 120,-**

**Sozialversicherung:**

Die Beiträge der Sozialversicherung werden seitens der Familie eingezahlt.

**Sonstiges:**

Bei dem ersten Ankommen werden Sie in die Familie begrüßt und eingerichtet. Ab dem zweiten Ankommen müssen Sie sich selber organisieren, oder zusätzlich für die Organisation bezahlen.

Bei Ableben eines Patienten kümmert sich Pflege Daheim um ein neues Angebot für Sie. Zudem stehen wir Ihnen für alle Fragen und Probleme mit Ihrer Betreuungsfamilie zur Verfügung.

Damit Sie sich ganz auf Ihre Arbeit konzentrieren können, kümmern wir uns um alle bürokratischen Formalitäten.

Die Einsatzzeit ist monatlich.

Für weitere Fragen können Sie uns gerne kontaktieren.

**Ich bin mit dem Inhalt einverstanden.**

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_