

**LEBENSLAUF / FRAGEBOGEN**

<b>Vorname:</b>	
<b>Name:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Staatszugehörigkeit:</b>	
<b>Familienstand:</b>	
<b>Religion:</b>	
<b>Ort:</b>	
<b>Handy Nr.:</b>	
<b>E-mail:</b>	
<b>Skype:</b>	
<b>Alter:</b>	
<b>Größe:</b>	
<b>Gewicht:</b>	
<b>Beruf:</b>	

**BILD**

<b>Hobby:</b>		
<b>Welchen Schulabschluss haben Sie?</b>	Grundschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/>	
<b>Familienstand:</b>		
<b>Haben Sie Kinder?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Wie alt sind Ihre Kinder?</b>		
<b>Sind Sie im Besitz von Führerschein?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Wenn Sie mit "Ja" die Frage beantwortet haben, haben Sie auch Fahrpraxis?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Wenn Sie mit "Ja" antworten, wie viel Zigaretten am Tag?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Trinken Sie Alkohol?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, wie oft:		
<b>Leiden Sie an Gesundheitsproblemen, die Ihre Arbeit als Pflegekraft in Deutschland verhindern könnten?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls Sie welche haben, dann beschreiben Sie sie:		
<b>Leiden Sie an Allergien?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben – gegen was?</b>		
<input type="checkbox"/> Staub <input type="checkbox"/> Blütenstaub <input type="checkbox"/> Tiere (Hunde, Katzen) <input type="checkbox"/> Sonstiges		
<b>Deutschkenntnisse</b>		
Wie gut können Sie Konversation auf Deutsch führen?		
<input type="checkbox"/> 1 = SEHR GUT <input type="checkbox"/> 2 = GUT <input type="checkbox"/> 3 = BEFRIEDIGEND <input type="checkbox"/> 4 = AUSREICHEND <input type="checkbox"/> 5 = MANGELHAFT		
<b>Können Sie auch andere Fremdsprachen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben, welche auf welchem Niveau?		
<b>Kennen Sie die deutsche Küche?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Haben Sie Erfahrung in der Seniorenbetreuung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Haben Sie als Pfleger/Pflegerin gearbeitet?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Wo/Wann/Wie lange/Beschreibung der zu pflegenden Person/en:</b>		
<b>Haben Sie als Pfleger/Pflegerin in Deutschland gearbeitet?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

<b>Wo/Wann/Wie lange/Beschreibung der zu pflegenden Person/en:</b>		
<b>Mit welchen Krankheiten haben Sie Erfahrung?</b>		
<input type="checkbox"/> Schlaganfallgeschädigte	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Infarkt	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Leukämie
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Menschen im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit
<input type="checkbox"/> Krebskranke		
<b>Was für Pflegeaufgaben haben Sie geleistet?</b>		
<input type="checkbox"/> Hilfe beim An-/Ausziehen/ in das Bett gehen	<input type="checkbox"/> Füttern	
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Bringen in den Rollstuhl	
<input type="checkbox"/> Rasieren	<input type="checkbox"/> Windelwechsel	
<b>Wie lange würden Sie als Pfleger/Pflegerin arbeiten?</b>		
<input type="checkbox"/> 2 Monate	<input type="checkbox"/> 3 Monate	<input type="checkbox"/> 5 Monate
<input type="checkbox"/> 6 Monate	<input type="checkbox"/> 8 Monate	<input type="checkbox"/> 12 Monate
<input type="checkbox"/> länger als 12 Monate		
<b>Ab wann sind Sie bereit anzufangen?</b>		

### FRAGEBOGEN

№	FRAGEN	JA	NEIN
1	Verfügen Sie über Zertifikate als Pflegekraft?		
2	Würden Sie männliche Personen betreuen?		
3	Würden Sie Demenzkranke betreuen?		
4	Würden Sie Bettlägerigkeit betreuen?		
5	Sind Sie mit der Technik vertraut, Personen in den Rollstuhl zu setzen und beim Ausstieg zu helfen (Mobilisieren)? Würden Sie so einen Fall übernehmen?		
6	Sind Sie bereit, Nachtwache zu machen? (Begleitung zur Toilette, Katheterwechsel, Inkontinenzversorgung)		
7	Wenn Ihre Antwort "Ja" ist, wie oft?		
8	Würden Sie leichte Gartenarbeit ausführen?		
9	Würden Sie die Schnee vor dem Haus räumen?		
10	Würden Sie sich um Haustiere kümmern?		
11	Haben Sie Grundkenntnisse über Erste-Hilfe-Leistungen?		
12	Sind Ihnen die psychischen Veränderungen bei älteren Menschen bekannt?		
13	Verfügen Sie über Grundkenntnisse bei altersbedingten Krankheiten (Gehschwäche, Vergesslichkeit,...)		
14	Sind Sie fähig Personen Unterstützung bei der persönlichen Hygiene zu leisten?		
15	Sind Sie fähig, dem Kunden/der Kundin während des Essens zu helfen?		

### Wie gehen Sie (nach Ihrer Bewertung) mit folgenden häuslichen Aufgaben um?

№		SEHR GUT	GUT	MITTEL	GAR NICHT
1	Kochen				
2	Sauber machen				
3	Waschen				
4	Einkaufen				