

Mein sonstiger Kenntnisstand

Bitte entsprechend ankreuzen!

<p>Qualifikation</p> <p>Exam. Pflegekraft <input type="checkbox"/></p> <p>1-jährige Ausbildung <input type="checkbox"/></p> <p>Ohne Ausbildung <input type="checkbox"/></p> <p>Berufserfahrung __ Jahre <input type="checkbox"/></p>	<p>Berufserfahrung in</p> <p>Innere Medizin <input type="checkbox"/></p> <p>Unfallchirurgie <input type="checkbox"/></p> <p>Chirurgie, sept, asept. <input type="checkbox"/></p> <p>Neugeborene, Kinder <input type="checkbox"/></p> <p>HNO, Augenabteilung <input type="checkbox"/></p> <p>Schlaganfall/Rehabilitation <input type="checkbox"/></p> <p>Ambul. Pflege <input type="checkbox"/></p> <p>Neurologie <input type="checkbox"/></p> <p>Orthopädie <input type="checkbox"/></p> <p>OP, Ambulanz <input type="checkbox"/></p> <p>Pflegeheim <input type="checkbox"/></p> <p>Appaliker <input type="checkbox"/></p> <p>Gynäkologie <input type="checkbox"/></p> <p>Intensiv <input type="checkbox"/></p>	<p>Arzt/Zahnarzthelfer/in</p> <p>Arzthelfer/in <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnarzthelferin <input type="checkbox"/></p> <p>Patientenbetreuung <input type="checkbox"/></p> <p>Arztpraxisprogramm <input type="checkbox"/></p> <p>Praxisorganisation <input type="checkbox"/></p> <p>Arztassistenz <input type="checkbox"/></p> <p>OP-Assistenz <input type="checkbox"/></p> <p>Röntgenschein (§ 24 RÖV) <input type="checkbox"/></p> <p>Röntgen, EKG <input type="checkbox"/></p> <p>Kartei <input type="checkbox"/></p> <p>Abrechnung <input type="checkbox"/></p> <p>EDV <input type="checkbox"/></p> <p>Labor <input type="checkbox"/></p>	<p>Heilerziehungspflege</p> <p>Heilpädagogik <input type="checkbox"/></p> <p>Behindertenpädagogik <input type="checkbox"/></p> <p>Lernbehinderte <input type="checkbox"/></p> <p>Behinderte <input type="checkbox"/></p> <p>Autismus <input type="checkbox"/></p> <p>Psych. Behinderte <input type="checkbox"/></p> <p>Rehabilitation <input type="checkbox"/></p> <p>Wiedereingliederung <input type="checkbox"/></p> <p>Gruppenarbeit <input type="checkbox"/></p> <p>Freizeitbetreuung <input type="checkbox"/></p> <p>Grundpflege <input type="checkbox"/></p> <p>Sondenernährung <input type="checkbox"/></p> <p>BT <input type="checkbox"/></p> <p>Affolter-Therapie <input type="checkbox"/></p> <p>Verhaltensauffälligkeit <input type="checkbox"/></p>
<p>Grundpflege</p> <p>Teilkörperwäsche <input type="checkbox"/></p> <p>Ganzkörperwäsche <input type="checkbox"/></p> <p>Baden, Duschen <input type="checkbox"/></p> <p>Hilfe b. An- Auskleiden <input type="checkbox"/></p> <p>Hilfe bei Ausscheidungen <input type="checkbox"/></p> <p>Mund-Zahn-Prothesen <input type="checkbox"/></p>	<p>Kenntnisse im Umgang</p> <p>Trachealkanülenpatienten <input type="checkbox"/></p> <p>Demente <input type="checkbox"/></p> <p>Sterbende <input type="checkbox"/></p> <p>Beatmete <input type="checkbox"/></p> <p>Aggressive <input type="checkbox"/></p> <p>Inkontinente <input type="checkbox"/></p> <p>Anus-Präter-Patient <input type="checkbox"/></p>	<p>Krankengym., Masseur, Physiotherapeut</p> <p>Physiotherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Lymphdrainage <input type="checkbox"/></p> <p>Manuelle Therapie <input type="checkbox"/></p> <p>Elektrotherapie <input type="checkbox"/></p> <p>PNF <input type="checkbox"/></p> <p>Fango <input type="checkbox"/></p> <p>Rehabilitation <input type="checkbox"/></p> <p>Med. Badewesen <input type="checkbox"/></p> <p>Bobath <input type="checkbox"/></p> <p>Brüggertherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Kryotherapie <input type="checkbox"/></p> <p>FBL <input type="checkbox"/></p> <p>Sportphysiotherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Schlingertisch <input type="checkbox"/></p> <p>Shiatsu <input type="checkbox"/></p>	<p>Hauswirtschaftliche Versorgung</p> <p>Reinigen <input type="checkbox"/></p> <p>Hygiene <input type="checkbox"/></p> <p>Hauswirtschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Kochen <input type="checkbox"/></p> <p>Nähen/Bügeln <input type="checkbox"/></p> <p>Familienbetreuung <input type="checkbox"/></p> <p>Grundpflege <input type="checkbox"/></p> <p>Seniorenbetreuung <input type="checkbox"/></p> <p>Organisation <input type="checkbox"/></p> <p>Behindertenbetreuung <input type="checkbox"/></p>
<p>Behandlungspflege</p> <p>Verbandswechsel sept. <input type="checkbox"/></p> <p>Verbandswechsel asept. <input type="checkbox"/></p> <p>PEG <input type="checkbox"/></p> <p>Suprapubischer Katheter <input type="checkbox"/></p> <p>Blasendauerkatheter <input type="checkbox"/></p> <p>Injektionen s. c. <input type="checkbox"/></p> <p>Injektionen i. m. <input type="checkbox"/></p> <p>Infusionstherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Blutzuckerkontrolle <input type="checkbox"/></p> <p>Vitalzeichenkontrolle <input type="checkbox"/></p> <p>Medikamentengabe <input type="checkbox"/></p> <p>Medikam. Stellen, richten <input type="checkbox"/></p>	<p>Administration</p> <p>Pflegedokumentation <input type="checkbox"/></p> <p>Pflegeplanung <input type="checkbox"/></p> <p>Bilanzierung Ein-/Ausfuhr <input type="checkbox"/></p> <p>Visitenbegleitung <input type="checkbox"/></p> <p>Visitenausarbeitung <input type="checkbox"/></p> <p>Kommunikation Ärzte/Ther. <input type="checkbox"/></p> <p>Medikamentenanforderung <input type="checkbox"/></p>	<p>Mobilität</p> <p>Transfer, Lagerung <input type="checkbox"/></p> <p>Rollator, Toiletten-Rollstuhl <input type="checkbox"/></p> <p>Patienten-Badelifter <input type="checkbox"/></p>	
<p>Geräteinsatz</p> <p>Sauerstoffgeräte <input type="checkbox"/></p> <p>Absauggerät, -anlage <input type="checkbox"/></p> <p>Ernährungspumpen <input type="checkbox"/></p> <p>Infusomaten, Perfusoren <input type="checkbox"/></p>			

Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (G42, Hepatitisimpfung, etc.) durchgeführt

ja nein Wenn ja, wann? _____ und welche? _____

Gesundheitsbelehrung/-zeugnis/-pass? ja nein Wenn ja, wann? _____

Besondere Lehrgänge / Kurse: _____

Welche sonstigen Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt?

Wie kam der Kontakt mit uns zustande? Arbeitsamt Zeitung Verkehrsmittelwerbung

Plakate Funk/TV Empfehlung sonstige Werbung _____

Meine Angaben entsprechen der Wahrheit, was ich durch meine Unterschrift bestätige. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zur fristlosen Entlassung berechtigen. Die nach dem Bundesdatenschutzgesetz erforderliche Einwilligung in die Verarbeitung der auf meine Person bezogenen Daten wird hiermit erteilt. Hierzu gehört auch die Übermittlung von Daten an Unternehmen, die mit TOP Zeitarbeit verbunden sind.

Ort/Datum _____

Unterschrift des/der Bewerbers/in _____

Name und Unterschrift des/der Disponenten/in _____

Interne Bemerkungen:
