****

|  |
| --- |
| **MITARBEITER-BEURTEILUNG VON Second Life Care** |
| **Name, Vorname:** ${vorname} ${name} | ${photo} |
| **Beurteilung:** |
| ${beurteilung} |
| **Die Betreuungskraft über sich:** |
| ${selbstbeschreibung} |

|  |
| --- |
| **PERSÖNLICHE ANGABEN** |
| **Geburtsdatum:** | ${geburtstag} | **Wohnort:** | ${strasse}, ${plz}, ${ort} |
| **Telefon (Festnetz):** | ${tel\_home} | **Staat:** | ${land} |
| **Telefon (Arbeitsstelle):** | ${tel\_work} | **Familienstand:** | ${familienstand} |
| **Mobil:** | ${mobil} | **Anzahl und Alter der Kinder:** | ${anzahl}, ${anzahlAlter} |
| **Email:** | ${email} | **Nicht-Raucher:** | ${nichtraucher} |
| **Gewicht:** | ${gewicht} kg | **Interessen / Hobbies:** | ${hobbys} |
| **Größe:** | ${groesse} cm | **Sonstiges:** | ${sonstiges} |
| **Religion:** | ${religion} |  |  |

|  |
| --- |
| **DEUTSCHKENNTNISSE: ++ sehr gute + gute O mittlere - ausreichend -- wenig/keine** |
| ${einstufung} | ${deutschSonstiges} |
| **Sonstige Fremdsprachen:**  | ${fremdsprachen} |

|  |
| --- |
| **AUSBILDUNG UND WEITERE KENNTNISSE** |
| **Abgeschlossene Ausbildung:** | **Erlernter Beruf:** |
| ${schule} | ${erlernter} |
| **Führerschein/Fahrerfahrung:** | ${fuehrerschein} ${fahrerfahrung} |
| **Pflegekurs:** | ${pflegekurs} |
| **Qualifikation:** | ${qualifikation} |
| **Wie würden Sie Ihre Kochfähigkeiten bewerten?** | ${kochen} |
| **Wie lange waren Sie im Ausland tätig und wo haben Sie Ihre Erfahrungen und Kenntnisse erworben:** |
| ${auslandserfahrung} |

|  |
| --- |
| **AKTUELLE ERFAHRUNGEN ALS BETREUUNGSKRAFT** |
| **Zeitraum der Beschäftigung:** | ${aktuellerZeitraum} |
| **Arbeitsort:** | ${aktuellerArbeitsort} |
| **Beschreibung der letzten Tätigkeit:** | ${aktuelleBeschreibung} |

|  |
| --- |
| **WELCHE KRANKHEITSBILDER HABEN SIE BETREUT?** |
| ${alzheimer} , ${bettlaegrig} ,${dekubitus}, ${demenz}, ${depression}, ${diabetes}, ${epilepsie}, ${inkontinenz}, ${onkologischeErkrankungen}, ${patientKatheter}, ${patientPEG\_Sonde}, ${patientRollator}, ${patientRollstuhl}, ${patientTracheostoma}, ${parkinson} |

|  |
| --- |
| **REFERENZEN** |
| ${referenzen} |
| **Sonstiges:** | ${referenzenSonstiges} |
| **Wie haben Sie von uns erfahren?** | ${quelle} |
| **Wann können Sie eine Tätigkeit aufnehmen:** | ${taetigkeitBeginn} |
| **In welchem Turnus möchten Sie arbeiten?** | ${turnus} |

**Ansprechpartner :** ${ansprechpartner}

${einverstaendnis} Ich bin einverstanden,dass Second Life Care die Angaben zur Bearbeitung speichert und verarbeitet.