

Bitte zurücksenden an unterstuetzung@filderklinik.de

Unterstützung auf freiwilliger Basis

Die Filderklinik Im Haberschlag 7 70794 Filderstadt-Bonlanden	Datum	
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Telefonnummer(n)		
E-Mail-Adresse		
Haben Sie medizinische Vorkenntnisse (Ausbildung/Beruf) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Falls Ja, welche genau?		
Haben Sie pflegerische Vorkenntnisse (Ausbildung/Beruf) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Falls Ja, welche genau?		
Haben Sie ein Gesundheitszeugnis?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bevorzugte Einsatzbereiche		
Schichtmöglichkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Uhrzeiten von ...bis?		
Welche der pflegerischen Tätigkeiten würden Sie unterstützend übernehmen?		
Grundpflege	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Vitalzeichen (Blutdruck, Puls, Temperatur) kontrollieren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Transfer der Patienten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Essen verteilen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Betten und Lagern von Patienten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Reinigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges		

Datum, Ort

Unterschrift