

Bitte zurücksenden an [unterstuetzung@filderklinik.de](mailto:unterstuetzung@filderklinik.de)

## Unterstützung auf freiwilliger Basis

<b>Die Filderklinik</b> <b>Im Haberschlai 7</b> <b>70794 Filderstadt-Bonlanden</b>	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?	
<b>Welche der pflegerischen Tätigkeiten würden Sie unterstützend übernehmen?</b>	
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