



- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegefachassistenz Vollzeit (2-jährig)                          | <input type="checkbox"/> Pflegeassistenz „Ochte bis Zwölfe“ |
| <input type="checkbox"/> Weiterqualifizierung zur Pflegefachassistenz Vollzeit (1-jährig) | <input type="checkbox"/> Pflegeassistenz „Fünfe bis Neine“  |
| <input type="checkbox"/> Pflegeassistenz Vollzeit (1-jährig)                              | <input type="checkbox"/> Heimhilfe                          |

**In Blockschrift ausfüllen**

**Persönliche Daten**

Familienname	:	_____	Geborene (r)	:	_____
Vorname	:	_____			
Geburtsdatum	:	_____	Geschlecht	:	_____
Geburtsort	:	_____			
Geburtsland	:	_____	Muttersprache	:	_____
Staatsbürgerschaft	:	_____			
Familienstand	:	_____	Name der Eltern /	:	_____
Anzahl der Kinder	:	_____	Erziehungsberechtigte	:	_____

**Anschrift**

Hauptwohnsitz	:	_____	Postleitzahl	:	_____
Straße, Nr.	:	_____	Telefon	:	_____
Zweitwohnsitz	:	_____	Postleitzahl	:	_____
Straße, Nr.	:	_____	Telefon	:	_____
			E-Mail	:	_____

**Schulbildung**

Volksschule (Anzahl Jahre)	:	_____	Matura (Ja / Nein)	:	_____
Hauptschule (Anzahl Jahre)	:	_____	Andere Schulen (Name / Jahr)	:	_____
Polyt. Lehrgang (Anzahl Jahre)	:	_____	Andere Schulen (Name / Jahr)	:	_____
Gymnasium (Anzahl Jahre)	:	_____	Andere Schulen (Name / Jahr)	:	_____
Berufsschule (Ja / Nein)	:	_____	Fachprüfung (Ja / Nein)	:	_____

**Bitte wenden !**

**Berufsausbildung**

Fachrichtung : \_\_\_\_\_ Lehrabschluss : \_\_\_\_\_  
 (ja / nein)

Fachrichtung : \_\_\_\_\_ Lehrabschluss : \_\_\_\_\_  
 (ja / nein)

Fachrichtung : \_\_\_\_\_ Lehrabschluss : \_\_\_\_\_  
 (ja / nein)

**Bisheriger Berufsweg**

von - bis	Tätigkeit	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Bisherige Tätigkeiten im Gesundheitswesen** (z.B.: Rotes Kreuz; Feriarbeit im Krankenhaus; ... )

\_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand**

Allergien ( ja / nein ) : \_\_\_\_\_ welche : \_\_\_\_\_

Anfallsleiden (ja / nein) : \_\_\_\_\_ welche : \_\_\_\_\_  
 (z.B. Epilepsie)

Chron. Krankheiten (ja / nein) : \_\_\_\_\_ welche : \_\_\_\_\_

Operationen (ja / nein) : \_\_\_\_\_ welche : \_\_\_\_\_  
 (z.B. Diabetes)

Psychische/Psychiatrische Erkrankungen (ja / nein) : \_\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_

**Sozialversicherungsnummer** \_\_\_\_\_

**Versichert bei** (z.B. Eltern, Ehepartner, selbst versichert usw.): \_\_\_\_\_

**Alle hier gemachten Angaben entsprechen der Wahrheit!**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_