



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegefachassistenz Vollzeit (2-jährig) | <input type="checkbox"/> Pflegeassistenz Vollzeit (1-jährig) |
| <input type="checkbox"/> Weiterqualifizierung zur Pflegefachassistenz Vollzeit (1-jährig) | <input type="checkbox"/> Pflegeassistenz berufsbegleitend (2-jährig) |
| <input type="checkbox"/> Weiterqualifizierung zur Pflegefachassistenz berufsbegleitend (2-jährig) | <input type="checkbox"/> Heimhilfe |

In Blockschrift ausfüllen

Persönliche Daten

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

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: _____