

Persönliche Angaben			
Vorname		Wie viele Kinder?	
Nachname		Alter der Kinder	
Geburtsdatum		Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Straße		Sind Sie akut erkrankt?	
PLZ, Ort		Gewicht	
Telefon-Nr.		Größe	
Mobil:		Familienstand	
E-Mail			
Staatsangehörigkeit			
Kenntnisse			
Deutschkenntnisse			
<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse Verstehen: mit Schwierigkeiten Sprechen: sehr wenig	<input type="checkbox"/> Erweiterte Kenntn. Verstehen: gut Sprechen: mit Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> gute Kenntnisse einfache Unterhaltung ist möglich	<input type="checkbox"/> sehr gute Kenntn. Unterhaltungen sind nahezu ohne Ein- schwankung möglich
Andere Sprachen			
	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> gut
	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> gut
Ausbildung			
Erlerner Beruf	<input type="checkbox"/> diplomierte Krankenschwester mit polnischer Anerkennung <input type="checkbox"/> diplomierte Krankenschwester mit polnischer UND deutscher Anerkennung <input type="checkbox"/> Sonstige _____		
Berufspraxis in			

<b>Kenntnisse / Berufserfahrung</b>				
<b>Berufserfahrung</b>	<p>Mindestens 3 Arbeitgeber oder die letzten 10 Jahre.</p> <p>Tätigkeiten mit entsprechenden Referenzen, wie Empfehlungsschreiben oder Name und Telefonnummer des Auftraggebers (nur wenn vom früheren Auftraggeber gestattet!).</p> <p>Bitte Zeitraum / Krankheitsbild der Pflegeperson / Alter der Pflegeperson und verrichtete Tätigkeiten angeben.</p>			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
<b>1. ARBEITGBER</b>				
Zeitraum: Monat / Jahr:	von _____  bis _____	Angaben zur betreuenden Person:	<input type="checkbox"/> Frau / Alter _____ <input type="checkbox"/> Mann / Alter _____	Ort / Stadt:  _____
<b>Krankheitsbild der zu Betreuenden Person:</b>				
<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Gehschwäche <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> tragen von Windeln	
<b>Andere Tätigkeiten:</b>				
<b>Tätigkeiten im Haushalt:</b>				
<input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Haushaltsreinigung <input type="checkbox"/> Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> Bügeln <input type="checkbox"/> Gartenarbeiten	Sonstiges: _____	
<b>Referenz des Auftraggebers (nur wenn vom Auftraggeber gestattet):</b>				
Name: _____ Ort: _____ Telefon- Nr.: _____				

2. ARBEITGBER					
Zeitraum: Monat / Jahr:	von _____  bis _____	Angaben zur betreuenden Person:	<input type="checkbox"/> Frau / Alter _____ <input type="checkbox"/> Mann / Alter _____	Ort / Stadt:  _____	
<b>Krankheitsbild der zu Betreuenden Person:</b>					
<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Gehschwäche <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> tragen von Windeln		
<b>Andere Tätigkeiten:</b> _____					
<b>Tätigkeiten im Haushalt:</b>					
<input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Haushaltsreinigung <input type="checkbox"/> Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> Bügeln <input type="checkbox"/> Gartenarbeiten	Sonstiges: _____		
<b>Referenz des Auftraggebers (nur wenn vom Auftraggeber gestattet):</b>					
Name: _____ Ort: _____ Telefon- Nr.: _____					
3. ARBEITGBER					
Zeitraum: Monat / Jahr:	von _____  bis _____	Angaben zur betreuenden Person:	<input type="checkbox"/> Frau / Alter _____ <input type="checkbox"/> Mann / Alter _____	Ort / Stadt:  _____	
<b>Krankheitsbild der zu Betreuenden Person:</b>					
<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Gehschwäche <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> tragen von Windeln		
<b>Andere Tätigkeiten:</b> _____					
<b>Tätigkeiten im Haushalt:</b>					
<input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Haushaltsreinigung <input type="checkbox"/> Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> Bügeln <input type="checkbox"/> Gartenarbeiten	Sonstiges: _____		
<b>Referenz des Auftraggebers (nur wenn vom Auftraggeber gestattet):</b>					
Name: _____ Ort: _____ Telefon- Nr.: _____					

Sonstige Kenntnisse / Berufserfahrung	
Haben Sie einen Führerschein + Fahrpraxis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Können Sie für einen mehrköpfigen Haushalt Mahlzeiten zubereiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anforderungen an die Betreuerin und Rahmenbedingungen:	
Ab wann können Sie eine Tätigkeit aufnehmen?	
Für wie lange möchten Sie diese Tätigkeit aufnehmen?	<input type="checkbox"/> Wechselsystem (ca. 2 Monate) <input type="checkbox"/> für längere Zeit <input type="checkbox"/> _____
Ich suche eine Tätigkeit als: (Sie können mehrere Tätigkeitsfelder ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Krankenschwester <input type="checkbox"/> Pflegehelferin / Altenbetreuerin <input type="checkbox"/> Haushälterin <input type="checkbox"/> _____
Ich suche eine Tätigkeit in: (Sie können mehrere Tätigkeitsfelder ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Krankenhäuser / Kliniken <input type="checkbox"/> Pflegeheimen <input type="checkbox"/> privaten Haushalten <input type="checkbox"/> _____
Ich suche eine Tätigkeit in: (Sie können mehrere Tätigkeitsfelder ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> _____
Ich suche eine Tätigkeit als: (Sie können mehrere Tätigkeitsfelder ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Festangestellte <input type="checkbox"/> Selbstständige <input type="checkbox"/> _____
Ich bin selbstständig u. habe ein Gewerbe angemeldet:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Meine Krankenversicherung (z.B. AOK), mit Krankenkassen-Nummer:</b>	_____
<b>Steuer-Ident.-Nummer (NIP):</b>	_____
<b>Personalausweis-Nummer:</b>	_____
<b>Gültig bis:</b>	_____

Ort, Datum, Unterschrift

---

Ich bin damit einverstanden, dass ZYBORT Vermittlungsbüro im Rahmen der Zweckbestimmung die in diesem Kontaktformular anvertrauten personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erhebt, speichert und verarbeitet. Die Datenschutzerklärung von ZYBORT Vermittlungsbüro habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum, Unterschrift

**Alle hier abgefragten Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.**

---

Aufnahmebogen können Sie per E-Mail versenden an: [info@zybort-betreuung.de](mailto:info@zybort-betreuung.de)  
Bzw. an folgende Fax-Nr.: 08171 / 919 54 01

Oder per Post an:

Zybort Vermittlung  
Isarring 17  
82515 Wolfratshausen