

(in **BLOCKSCHRIFT** ausfüllen)



INTERNE VERMERKE DER FACHABTEILUNG GESUNDHEIT & MEDIZIN:

Vorname:*		Titel:	
Familienname:*			
Geburtsdatum:*		SV-Nr. in Österreich:	
Geburtsort:*			
Straße:*			
Plz, Ort:*			
Familienstand:*			
Kinder:*		Unterhaltspflicht:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Staatsbürgerschaft:*			
Handy:*		Fax:	
Festnetz Telefon:*		Email:	
Führerschein:*		PKW:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bewerbung als:*		Zeugnis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausbildung als:*		Zeugnis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Berufsanerkennung- Nostrifizierung für Österreich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Einsatzbereit	

Versicherungsdaten für Mitarbeiter aus dem EU-Raum:

Krankenkasse*			
Kassen Nummer*		Vers. Nr.	
Lohnsteuerkarte – Steuerklasse*		Frei- Beträge	

Bankverbindung:

Name der Bank:			
Konto Nr.:		BLZ:	
IBAN:			
BIC:			

*) PFLICHTANGABEN

Letzte 3 Arbeitgeber:

Name der Personalfirma	Gesundheits-Einrichtung, wo Sie tatsächlich tätig waren! NAME, PLZ, ORT	Arbeits-Monate	Ansprechpartner /Pflegedienstleitung

Allgemeines:

Zivil- Militärdienst – Abgeleistet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Raucher/in:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erwerbsbehinderung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gehalts-Pfändungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einschränkungen * heben/tragen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Einsatzbereitschaft:	<input type="checkbox"/> in ganz Österreich <input checked="" type="checkbox"/> Vorzugsweise in den Bundesländern <input type="checkbox"/> in ganz Europa <input checked="" type="checkbox"/> _____		




Sprachkenntnisse:

Deutsch	<input type="checkbox"/> Wort & Schrift	<input type="checkbox"/> Verhandlungsfähig
Englisch	<input type="checkbox"/> Wort & Schrift	<input type="checkbox"/> Verhandlungsfähig
Sonstige:	<input type="checkbox"/> Wort & Schrift	<input type="checkbox"/> Verhandlungsfähig

EDV-Kenntnisse:

Pflegesoftware (Sanocon, Vega, Medica, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Medikamentenverwaltung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegediagnosen Nanda	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	MS-Word	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegeplan erstellen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	MS-Excel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Personalplanung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige:	

AUSBILDUNG		
Allgemeines Diplom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiene Fachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensiv Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderdiplom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitglied bei einer freiwilligen Institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei welcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notfallausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrisches Diplom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatz- Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatz- Anästhesie /Intensiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatz- OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatz- PDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatz- STL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ERFAHRUNGEN			
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beatmungsmaschinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstplanerstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologie u. Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen s.c./i.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobile Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfall / Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie Ihre Tätigkeiten der letzten 3 Jahre. Was haben Sie genau gemacht?

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Arbeitsamt	<input type="checkbox"/> Internet www.	<input type="checkbox"/> Arbeitsvermittlung Name:
<input type="checkbox"/> Außenwerbung	<input type="checkbox"/> Zeitungs-Annonce	<input type="checkbox"/> pers. Empfehlung durch Name:

Ausbildung: (Geben Sie die letzten besuchten Schulen an)

Grundschule:	
Mittelschule:	
Pflegeausbildung:.	
Studium – Sonstiges:	

Arbeit:

Sonn- und Feiertage:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Nachdienste:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wunschkdienste:	

CHECKLISTE zur sofortigen Bearbeitung Ihrer Bewerbung

Kopie Personalausweiß / oder Reisepass	<input type="checkbox"/>	Foto	<input type="checkbox"/>
Kopie Zeugnis Pflegeausbildung /Schule	<input type="checkbox"/>	Aufenthaltstitel	<input type="checkbox"/>
Kopie Meldung des Wohnortes	<input type="checkbox"/>	Dienstzeugnisse	<input type="checkbox"/>
Kopie Zeugnisse - Weiterbildungen	<input type="checkbox"/>	Lebenslauf	<input type="checkbox"/>
Kopie der Berufsankennung in Österreich. /Nostrifizierung	<input type="checkbox"/>	Kopie der Stundenaufzeichnungen, Studentafel- Pflegeschule	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

***Unterschrift Bewerber**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Fragen in diesem Bewerbungsbogen verstanden und alle Angaben nach Ihrem bestem Wissen und Gewissen getätigt haben.