



Bitte zurück senden an: [unterstuetzung@gemeinschaftskrankenhaus.de](mailto:unterstuetzung@gemeinschaftskrankenhaus.de)

## Unterstützung auf freiwilliger Basis

<b>Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke</b> <b>Gerhard-Kienle-Weg 4</b> <b>58313 Herdecke</b>		Datum	
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Telefonnummer:			
E-Mail:			
Haben Sie medizinische / pflegerische Vorkenntnisse? (Ausbildung / Studium) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn Ja, welche?			
Wenn Nein, aus welcher Abteilung kommen Sie?			
Haben Sie ein Gesundheitszeugnis?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Bevorzugte Einsatzbereiche?			
Dreischichtmöglichkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Uhrzeiten (von-bis)?			
Welche der folgenden Tätigkeiten würden Sie unterstützend übernehmen?			
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"/>	
Durchführen von anthroposophischen Anwendungen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Fahrten zum Labor:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Sonstiges:			

Datum, Ort

Unterschrift

### BANKVERBINDUNG

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
IBAN DE31 3006 0601 0003 5728 86  
BIC DAAEDEDXXX

### GESCHÄFTSFÜHRUNG

Christian Klodwig  
St.-Nr. 348/5706/2747 FA Witten  
Amtsgericht Hagen HRB 8198