



### BITTE FÜLLEN SIE DEN FOLGENDEN FRAGEBOGEN VOLLSTÄNDIG UND WAHRHEITSGEMÄSS AUS.

Die Firma Pflegeagentur erklärt ausdrücklich, dass Ihre Daten und Angaben vertraulich behandelt werden und nicht an Dritte weiter gereicht werden. Die Angabe Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis, ist jedoch für eine Zusammenarbeit mit uns unerlässlich.

#### Angaben zur Person

Vorname

Geburtsdatum

Name

Geburtsort

Straße | Nr.

Alter

PLZ | Ort

Geschlecht

Telefon

Nationalität

Telefax

Haben Sie Kinder?

Mobil

Ja | Anzahl: \_\_\_\_\_  Nein

E-Mail

#### Angaben zum Berufsstand

##### Ich bin derzeit:

- Arbeitslos
- Angestellt
- Freiberuflich
- Selbstständig

##### Ich bin:

- Examierte/r Krankenschwester/Krankenpfleger
- Examierte/r Altenpflegerin/Altenpfleger
- Pflegehelfer/in
- Dozent/in
- Arzthelfer/in
- Anderes \_\_\_\_\_

##### Ich besitze folgende Zusatzqualifikationen:

---

---

---

---

---

---





**BITTE FÜLLEN SIE DEN FOLGENDEN FRAGEBOGEN VOLLSTÄNDIG UND WAHRHEITSGEMÄSS AUS.**

### Angaben zum Berufsstand

**Meine Fachgebiete sind (Kurzbeschreibung):**

---

---

---

---

---

**Ich möchte gerne mit der Pflegeagentur arbeiten als:**

- Examierte/r Krankenschwester/Krankenpfleger  
 Examierte/r Altenpflegerin/Altenpfleger  
 Pflegehelfer/in  
 Dozent/in  
 Arzthelfer/in  
 Anderes \_\_\_\_\_

### Verschiedene weitere Angaben

**bitte ankreuzen**

- Haben Sie einen Führerschein?  Ja  Nein  
Verfügen Sie über ein Auto?  Ja  Nein  
Waren Sie schon einmal selbstständig?  Ja  Nein

**Wenn Sie die letzte Frage mit JA beantwortet haben beschreiben Sie Ihre Selbstständigkeit bitte kurz:**

---

---

---

- Sind/waren Sie vorbestraft?  Ja  Nein  
Laufen Ermittlungsverfahren gegen Sie?  Ja  Nein  
Haben Sie finanzielle Polster für die Startphase?  Ja  Nein  
Sind Ihre finanziellen Verhältnisse geordnet?  Ja  Nein  
Haben Sie die kaufmännische Kenntnisse?  Ja  Nein  
Möchten Sie gerne freiberuflich arbeiten?  Ja  Nein  
Tragen Sie gerne Verantwortung?  Ja  Nein

---





**BITTE FÜLLEN SIE DEN FOLGENDEN FRAGEBOGEN VOLLSTÄNDIG UND WAHRHEITSGEMÄSS AUS.**

### Verschiedene weitere Angaben

**Am liebsten arbeite ich:** \_\_\_\_\_

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tagdienst  | <input type="checkbox"/> Spätdienst                        |
| <input type="checkbox"/> Nachdienst | <input type="checkbox"/> Wochenende                        |
| <input type="checkbox"/> Feiertage  | <input type="checkbox"/> Flexibel, wie ich gebraucht werde |

**Ich kann mir vorstellen, in der Woche folgende Stundenzahl zu arbeiten:** \_\_\_\_\_

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 40 Stunden | <input type="checkbox"/> 60 Stunden |
| <input type="checkbox"/> 80 Stunden |                                     |

**Ich bin auf die Pflegeagentur aufmerksam geworden durch:** \_\_\_\_\_

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Internet     | <input type="checkbox"/> Zeitung        |
| <input type="checkbox"/> Videotext    | <input type="checkbox"/> Werbekarte     |
| <input type="checkbox"/> Radio        | <input type="checkbox"/> Postkarte      |
| <input type="checkbox"/> Mund zu Mund | <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |

### Persönliche Angaben

**Ich beschreibe mich selber als:**

- Motiviert
- Flexibel
- Initiativ
- Unternehmungsfreudig
- Aufgeschlossen
- Kompromissfreudig
- Kompromisslos
- Anderes: \_\_\_\_\_

**Ich arbeite am liebsten:**

- Team orientiert
- Alleine
- Kooperativ
- Im Netzwerk

**In welchem Ort möchten Sie arbeiten und wie groß soll Ihr Aktionsradius werden (bundesweit oder eine km-Angabe)?**

---

---

**Wie hoch sollte Ihr Mindesthonorar (Stundenlohn) ausfallen?**

- 15,- €       20,- €       25,- €       30,- €       Mehr als das

---





**BITTE FÜLLEN SIE DEN FOLGENDEN FRAGEBOGEN VOLLSTÄNDIG UND WAHRHEITSGEMÄSS AUS.**

**Meine Bankverbindung**

Bank

Konto

BLZ

IBAN

BIC

**Meine Steuernummer/mein Finanzamt**

Steuernummer

Zuständiges Finanzamt

**Weiteres****Ich bin Berufshaftpflichtversichert**

Ja  Nein  
bei folgender Gesellschaft:

---

---

**Ich bin Krankenversichert**

Ja  Nein  
bei folgender Gesellschaft:

---

---

**Ich bin bei der BG gemeldet**

Ja  Nein

**Ich bin bei dem Gesundheitsamt gemeldet**

Ja  Nein

**Ich bitte um einen persönlichen Termin, soweit noch nicht stattgefunden:**

Ja  Nein

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen. Änderungen werden von mir sofort bekannt gegeben. Ich weiß, dass falsche Angaben die Firma Care People & More Dienstleistungs GmbH berechtigen, Kooperationsverhältnisse, egal welcher Art, fristlos zu kündigen.

Ort | Datum

Unterschrift des Bewerbers

