

Bewerbungsbogen BestCare AG

Die BestCare AG behandelt Ihre Angaben vertraulich und gibt ihre persönlichen Daten nicht an Dritte weiter.

Allgemeine Informationen

BestCare AG ist in Liechtenstein wie auch in der Schweiz (Kanton St.Gallen) tätig.

Sie sind in vollem Umfang für die 24 Std. Betreuung des Klienten zuständig und führen folgende Tätigkeiten: Hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Unterstützung bei der Alltagsgestaltung.

Sie sind nicht beim Kunden angestellt, sondern bei der BestCare AG und schliessen mit dieser einen Arbeitsvertrag ab. Sie erhalten den Lohn von der Best Care AG auf ihr persönliches Bankkonto, in Schweizer Franken ausbezahlt. Kost und Logis sind Bruttolohnbestandteil.

Die diplomierten Pflegefachpersonen der BestCare AG ist wöchentlich mit Ihnen in Kontakt. Sie macht einen unangemeldeten Besuch vor Ort oder hat telefonischen Kontakt mit Ihnen.

Sie sind durch die BestCare AG überall gesetzlich angemeldet:

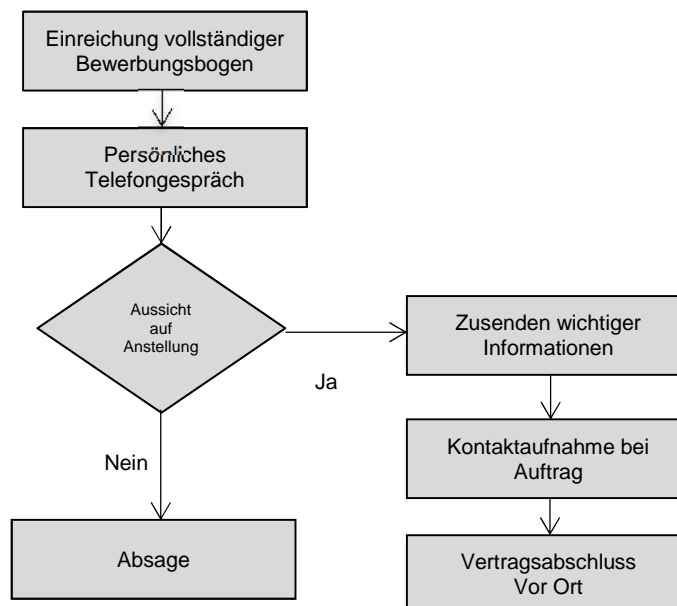
-) AHV / ALV / IV
-) BVG Pensionskasse
-) Krankentaggeldversicherung
-) Berufs- Nichtberufsunfallversicherung
-) Krankenkasse im Liechtenstein:

Im Liechtenstein werden sie krankenversichert, da dies eine gesetzliche Pflichtleistung ist. Die Hälfte der Krankenversicherung übernimmt der Arbeitgeber anteilmässig, die andere Hälfte geht zu ihren Lasten.

-) Krankenkasse Schweiz

Sie müssen von ihrem Land eine EU- Krankenkasse mitbringen.

Bewerbungsablauf:



Personalien

Herrn Frau

Vorname	:	[]
Name	:	[]
Strasse	:	[]
PLZ / Wohnort	:	[]
Geburtsdatum	:	[]
Telefon	:	[]
Mobile	:	[]
E- Mail	:	[]
Nationalität / Staatsbürgerschaft	:	[]
Konfession	:	[]
Name und Adresse ihrer Bank	:	[]
Bankverbindung IBAN	:	[]
BIC	:	[]
Ab wann können sie arbeiten	:	[]

Zivilstand

verheiratet

Verheiratet seit	:	[]
Name des Ehemannes	:	[]
Geburtsdatum des Ehemannes	:	[]
Telefon des Ehemannes	:	[]
Notfallkontakt (Name und Tel.)	:	[]

Ledig

Geschieden

Verwitwet

Kinder

Alter der Kinder (Jahre)	:	[]
--------------------------	---	-----

Führerschein B vorhanden ja nein

Fragen zu ihrer Person

Ich bin eher:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ruhig / gelassen | <input type="checkbox"/> impulsiv | <input type="checkbox"/> chaotisch |
| <input type="checkbox"/> unruhig / ungeduldig | <input type="checkbox"/> fürsorglich | <input type="checkbox"/> neugierig |
| <input type="checkbox"/> extrovertiert | <input type="checkbox"/> selbstsicher | <input type="checkbox"/> geschäftig / kommunikativ |
| <input type="checkbox"/> introvertiert | <input type="checkbox"/> ordentlich | <input type="checkbox"/> diskret / seriös |

- | | |
|--|---|
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Allergien? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Rückenprobleme? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie psychische Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine gute körperliche Konstitution? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie Alkohol oder Drogen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Allergie auf Haustiere?
welche? _____ | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Mögen Sie Haustiere? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Mögen Sie Gartenarbeit? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben sie Mühe mit nächtlicher Schlafunterbrechung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Impfungen :

- | | |
|-------------|---|
| Zecken | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Tetanus | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis A | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis B | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Fragen zu ihrer Motivation

Ich war bereits als Betreuerin im Ausland tätig:

- | | |
|---------------|--|
| Schweiz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann?..... |
| Liechtenstein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann?..... |
| Österreich | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann?..... |
| Deutschland | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann?..... |

Warum haben Sie aufgehört? |.....
.....
.....

- | | |
|--|--|
| Haben Sie Bekannte in der Schweiz? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Bekannte in Liechtenstein? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kennen Sie andere Betreuerinnen
im Fürstentum Liechtenstein?
in der Schweiz? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie noch bei anderen Agenturen gemeldet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Benötigen Sie WLAN? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Warum möchten Sie als Betreuerin bei uns arbeiten?

|.....
.....
.....
.....
.....

Sprachkenntnisse

Deutsch mündlich	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> wenig Kenntnisse
Deutsch schriftlich	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> wenig Kenntnisse
Andere Sprachen.....	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> wenig Kenntnisse
Andere Sprachen.....	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> wenig Kenntnisse

Gewünschter Beschäftigungsgrad

24 Std. Betreuung Stundenweiser Einsatz Nacheinsatz

Gewünschter Beschäftigungsort

Schweiz
und / oder
 Liechtenstein

Derzeitige Beschäftigung Ja Nein
Sind Sie bereit auch ein Ehepaar zu betreuen? Ja Nein

Ausbildung / Erfahrung

Erlerner Beruf:

Rotkreuz Pflegehelferinnen Kurs (Bestätigung beilegen)

ausgebildete Pflegefachfrau / Krankenschwester (Diplom beilegen)

ungelernt

Erfahrung in der 24Std. Betreuung seit:

Erfahrung in einem Spital

Erfahrung in einem Pflege- oder Altersheim

Weiterbildungen in Betreuung und Pflege gemacht, wenn ja welche?
.....
.....
.....
.....

Fragen zur Betreuung / Hauswirtschaft

Sie haben Erfahrung mit:

Erwachsenen Mann Frau
Jugendlichen / Kinder

sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine

Sie haben Erfahrung in der Beschäftigung mit Patienten:

Alltags- Gestaltung / Spiele spielen, Vorlesen, Spazieren
Ressourcenförderung (Selbstständigkeit des Patienten fördern)
Begleitung zu Terminen (Arzt, Coiffeur,...)
Organisation von Terminen (Arzt, Coiffeur,..)

sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine

Hauswirtschaftskenntnisse:

Allgemeine Haushaltsführung
Wäscheversorgung (waschen und bügeln)

sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine

Kochkenntnisse:

Normalkost
Diabeteskost
Vegetarische Kost
Laktosefreie Kost

sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine

Sie haben Erfahrung mit Patienten die Sicherheit brauchen bei:

Orientierungsstörung
Weglauff Tendenz
Sturzrisiko
Selbst -/ Fremdgefährdung
Aspirationsgefahr
Selbstschützende Massnahmen
Umgang mit Aggressionen

sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine
 sehr viel viel wenig keine

Fragen zu Pflegeerfahrungen

Sie haben Erfahrung mit:

Erwachsenen Mann Frau

Jugendlichen / Kinder

Demenz / Alzheimer

Psychisch Kranken Menschen (Depression, Psychose)

MS Patienten (Multiple Sklerose)

Parkinson Patienten

Krebspatienten

Sterbenden Menschen

Diabetes

Blutzucker Bestimmung

Insulin Injektion

Schlaganfall Patienten

Alkohol abhängigen Menschen

Nieren erkrankten Menschen (Dialysepatienten)

Asthmapatienten

Schmerzpatienten

Pneumoniepatienten (Lungenentzündung)

Geistig behinderten Menschen

Körperlich behinderten Menschen

Stoma (künstlicher Darmausgang)

Urostoma (künstlicher Blasenausgang)

PEG-Sonde (künstlicher Magenzugang)

Verabreichung Sondennahrung

Blasenkatheter

Zystofix (Blasenkatheter über die Bauchdecke)

Medikamente oral verabreichen

Kompressionsstrümpfe an- / ausziehen

Blutdruck messen

Elektronisch

Manuell (von Hand)

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

Sie haben Erfahrung mit Körperpflege:

Körperpflege Ganzwäsche

Körperpflege Teilwäsche

Baden inklusive Transfer in Badewanne

Duschen

An- und Ausziehen im Bett

An- und Ausziehen sitzend / stehend

Frisieren

Zahnpflege

Zahnprothesenpflege

Hautpflege

Nagelpflege (Hand / Füße)

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

sehr viel viel wenig keine

Sie haben Erfahrung mit Ausscheidungsproblemen:

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> sehr viel | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keine |
| Zystofix | <input type="checkbox"/> sehr viel | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keine |
| Inkontinenzeinlagen (Windeln, Einlagen) wechseln | <input type="checkbox"/> sehr viel | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keine |
| Verabreichung von Zäpfchen / Mikroclist bei Verstopfung | <input type="checkbox"/> sehr viel | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keine |

Erfahrung mit Hilfsmitteln:

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> sehr viel | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keine |
| Elektrischem Pflegerollstuhl | <input type="checkbox"/> sehr viel | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keine |
| Rollator | <input type="checkbox"/> sehr viel | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keine |
| Patientenheber | <input type="checkbox"/> sehr viel | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keine |
| Pflegebett | <input type="checkbox"/> sehr viel | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keine |
| Treppenlift | <input type="checkbox"/> sehr viel | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keine |

Sie beherrschen Lagewechsel und Transfers:

- | | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Lagewechsel im Bett | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> weniger gut | <input type="checkbox"/> nein |
| Transfer Bett – Rollstuhl | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> weniger gut | <input type="checkbox"/> nein |
| Transfer Bett – Lavabo | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> weniger gut | <input type="checkbox"/> nein |
| Transfer Rollstuhl in Auto | <input type="checkbox"/> sehr viel | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keine |

Bitte folgende Beilagen als Kopie senden:

- Lebenslauf mit Foto
- Passkopie / ID
- Diplome, Weiterbildungen
- Führerschein Kat. B
- Strafregisterauszug
- Referenzen / Arbeitszeugnisse
- Bescheinigung vom Hausarzt , Gesundheitsattest
- Impfausweis