



**Anmeldung Lehrgang
Pflegehelfende SRK**

(bitte persönlich ausfüllen)

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ E-Mail Adresse _____

Telefon _____ Mobiltelefon _____

Nationalität _____ Aufenthaltsbewilligung _____ *(Kopie beilegen)*

Herkunftsland _____ Heimatort _____

Berufsausbildung _____ Zivilstand _____

Familie (Kinder, Alter) _____

Derzeitige Funktion (Berufstätigkeit) _____

Gesundheitszustand

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Betrachten Sie sich als physisch und psychisch gesund? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen körperlichen oder psychischen Problemen in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Rückenbeschwerden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bemerkungen _____

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eintreffens berücksichtigt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

