Registrierungsformular

Einblick im Rettungsdienst SRO AG

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personalien | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | | |  | Vorname | | | |  | Nachname | | | |  | Geburtsdatum | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Strasse | | | | | |  | Nr. | |  | PLZ | |  | Ort | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Telefonnr. | | | |  | E-Mail-Adresse | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Besuchte Schulen | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Text | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Berufsausbildung | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Text | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wurden in der SRO AG bereits Praktika absolviert? | | | | |  |  |  |
|  | wenn ja: | Monat/Jahr |  | Abteilung | | | |
|  |  | Monat/Jahr |  | Abteilung | | | |
|  |  | Monat/Jahr |  | Abteilung | | | |

Warum interessieren sie sich für die Ausbildung zum/r dipl. Rettungssanitäter/in HF?

|  |
| --- |
| Text |

Sind sie bereits mit diesem Berufsbild in Kontakt gekommen?

(z.B. bereits privat beansprucht, Verwandte/Bekannte im Rettungsdienst tätig, Praktikum etc.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | wenn ja: | inwiefern? |

Leiden sie an körperlichen oder psychischen Erkrankungen?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | wenn ja: | welche? |

Weshalb denken sie, dass sie für diesen Beruf geeignet sind?

|  |
| --- |
| Text |

**Wichtig! Bitte lesen Sie folgende Punkte aufmerksam durch:**

* **Sie sind während der Praktikumszeit in unserem Rettungsdienst nicht versichert.  
  Bitte klären Sie allfällige Versicherungsfragen vor ihrem Einsatz ab.**
* **Sie haben für Ihre Praktikumszeit keinerlei Anspruch auf eine finanzielle Entschädigung.**
* **Während der gesamten Einsatzzeit sind Sie der gesetzlichen Schweigepflicht unterstellt. Sie haben über die Wahrnehmungen die im Zusammenhang mit Ihrer Praktikumstätigkeit, insbesondere über solche welche den Patienten betreffen, strikte die Verschwiegenheit zu beachten und das Datenschutzgesetz einzuhalten. Die Schweigepflicht bleibt auch nach Beendigung des Praktikums bestehen. Sie sind sich bewusst, dass Widerhandlungen gegen diesen Grundsatz strafbar sind.**

ja, ich habe den Inhalt dieser Blätter verstanden und bestätige mit meiner Unterschrift  
die Richtigkeit aller Angaben:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum |  | Unterschrift |

Senden Sie das ausgefüllte Formular als Anhang zu Ihrer Bewerbung über *myoda.ch* mit.

**Wir behalten uns vor, ohne Angabe von Gründen ein Antrag zum Einblicktag abzulehnen.**