

# Formularabfrage für interessierte Helferinnen und Helfer

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Straße und Nummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Welche Vorkenntnisse bringen Sie für Ihre Unterstützung mit?

- Erfahrung/Ausbildung im Rettungsdienst/als Sanitäter
- Abgeschlossene Ausbildung Gesundheits- und Krankenpfleger / Pflegehelfer
- Ausbildung im Sozialwesen, inkl. Heilerziehungspflege, Heilpädagogik
- Erfahrung im Pflegebereich im Krankenhaus, der Altenhilfe oder in einem Servicebereich /Gastronomie
- Ersthelfer
- Ehrenamt in einer pflegenden Einrichtung (z.B. Sterbebegleitung, Besuchsdiente in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtung, etc.)
- Gastronomieberuf mit Hygienepass
- Keine medizinische oder (heil-)pädagogische Vorerfahrung
- Führerschein Klasse B oder vergleichbar

Ein AG-Schnelltest wird von der Einrichtung vorgenommen.

# Formularabfrage für interessierte Helferinnen und Helfer

Ein aktueller Impfschutz für folgende Infektionskrankheiten liegt vor.

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Tetanus     | <input type="checkbox"/> Masern      |

Ich bin bereit, auf den Pandemiestationen bei der Versorgung von infektiösen Covid-19-Patienten zu unterstützen.

Ich möchte an folgendem Ort Unterstützung leisten.

Einsatzort/ PLZ: \_\_\_\_\_

Einsatz im Umkreis (km): \_\_\_\_\_

Wann könnten Sie uns unterstützen? \_\_\_\_\_

Einsatzzeitraum  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Ihren Einsatzzeitraum so genau wie möglich an, z. B. bestimmte Tage, Uhrzeiten oder Zeiträume.

## Einverständniserklärung und Datenschutz:

<https://ilm-kreis.de/Quicknavigation/Impressum-Datenschutzerklärung/C3%A4rung/Datenschutzerklärung/C3%A4rung/>

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere diese.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Verarbeitung der Daten durch das Landratsamt und die zur Kontaktvermittlung benötigte Weitergabe der Kontaktdaten einverstanden.

**BITTE BEACHTEN SIE:** Das Landratsamt übernimmt lediglich die Vermittlung des Erstkontaktes zwischen Einrichtungen und Interessierten.