

Kontaktbogen ehrenamtliche Tätigkeit



1 Persönliche Daten:

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geburtsland:

Nationalität laut Pass: deutsch andere:

Europäischer Pass: ja nein

nein aber dauerhafter Wohnsitz in DE und Aufenthaltstitel für DE liegen vor

Familienstand:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

2 Was machen Sie derzeit?

Ich bin derzeit:

berufstätig in Vollzeit Teilzeit als:

selbstständig tätig als:

Student:in Schüler:in Auszubildende:r als:

Rentner:in Pensionär:in

in Elternzeit

arbeitssuchend

erlernter Beruf/ abgeschlossenes Studium:

3 Warum möchten Sie im UKE ehrenamtlich tätig werden?

4 Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit ehrenamtlicher Arbeit?

5 Für welches Aufgabengebiet interessieren Sie sich besonders?

-
-
-

6 Kenntnisse/ Qualifikationen

Haben Sie besondere Qualifikationen, Kompetenzen oder berufliche Erfahrungen, die Sie in die ehrenamtliche Arbeit einbringen wollen? Welche persönlichen Fähigkeiten möchten Sie einbringen?

Haben Sie besondere Sprachkenntnisse? Wenn ja welche?

① Grundkenntnisse ② gute Kenntnisse ③ fließend ④ verhandlungssicher ⑤ Muttersprache

Englisch ①②③④⑤ ①②③④⑤

Französisch ①②③④⑤ ①②③④⑤

Spanisch ①②③④⑤ ①②③④⑤

Haben Sie PC-Grundkenntnisse?

ja nein

wenn ja, mit welchen Programmen kennen Sie sich aus?

MS-Outlook MS-Word MS-Excel

7 Einschränkungen

Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen oder Handicaps, die bei der ehrenamtlichen Arbeit berücksichtigt werden müssen? Wenn ja, welche?

nein ja:

8 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

9 Arbeitszeit

Wie viel Zeit möchten Sie gern für die ehrenamtliche Arbeit einbringen?

ca. Stunden/ Woche alle 2 Wochen Monat

Wann am besten?

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So		Uhrzeit
Vormittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von	bis
Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von	bis
Abend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von	bis

10 Infektionsschutz

Masernschutzgesetz

Seit dem 01.03.2020 ist das Masernschutzgesetz und die damit verbundene Masernimpfpflicht für Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen in Kraft. Alle Beschäftigten, die Patientenkontakte haben und nach 1970 geboren wurden, müssen einen entsprechenden Nachweis erbringen!

Sind Sie gegen Masern geimpft bzw. liegt ausreichende Masernimmunität vor?

ja (Nachweis ist einzureichen):

2 x dokumentierte Masernimpfung ist erfolgt / serologisch bzgl. Masern positiv getestet

nein

ich bin vor dem 31.12.1970 geboren

11 Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

Ich versichere hiermit, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig getätigt habe.

Hamburg, den _____

Unterschrift