

Formular Bewerbung als SimPat

Name:

Eingereicht am:

(wird vom SimPat-Team ergänzt)



Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin

Lieber Bewerber, liebe Bewerberin,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Mitwirkung am Simulationspatientenprogramm! Bevor wir Sie zu einem Bewerbungsgespräch einladen können, benötigen wir noch einige Informationen von Ihnen. Wir würden Sie daher bitten, die folgenden Fragen ausführlich zu beantworten.

Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten vertraulich um. Wir lassen diese nicht in Hände unbefugter Dritter gelangen und nutzen sie nur für projektinterne Zwecke (z.B. für die Rollenauswahl oder Eignungsprüfung). Wir gehen von Ihrem Einverständnis mit diesem Vorgehen aus, sobald Sie uns dieses ausgefüllte Dokument zurücksenden.

Sollten Sie noch Fragen haben, können Sie uns gerne unter der Telefonnummer +49 (0) 7410-52067 oder per Mail an simpat@uke.de erreichen, wir helfen Ihnen gerne weiter!

1. Wie heißen Sie?	
Vorname: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname: <input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Was ist Ihr Geschlecht?	
<input type="checkbox"/> männlich	
<input type="checkbox"/> weiblich	
<input type="checkbox"/> anderes, und zwar: <input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Ihr Alter?		
Geburtstag: <input type="text"/>	Geburtsmonat: <input type="text"/>	Geburtsjahr: <input type="text"/>

4. Ihre Kontaktdaten und Erreichbarkeit?	
Straße: <input type="text"/>	Hausnummer: <input type="text"/>
Postleitzahl: <input type="text"/>	Stadt: <input type="text"/>
Ihre Festnetztelefonnummer: <input type="text"/>	bevorzugt <input type="checkbox"/>
Ihre Mobilfunknummer: <input type="text"/>	bevorzugt <input type="checkbox"/>
Ihre Emailadresse: <input type="text"/>	
Ich bin werktags in der Regel telefonisch erreichbar von <input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr bis <input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr	
Ich kann in der Regel an folgenden Tagen an Veranstaltungen des SimPat-Programms teilnehmen: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag	
Wie viele Stunden pro Tag sollten wir Sie maximal einsetzen?	<input type="text"/> : <input type="text"/> Stunden
Wie viele Tage hintereinander sollten wir Sie maximal einsetzen?	<input type="text"/> Tage
An wie vielen Tagen im Monat sollten wir Sie maximal einsetzen?	<input type="text"/> Tage

5. Ihre berufliche Situation? (Mehrfachauswahl möglich)	
<input type="checkbox"/>	arbeitslos
<input type="checkbox"/>	SchülerIn
<input type="checkbox"/>	AuszubildendeR
<input type="checkbox"/>	StudentIn, im <input type="text"/> . Semester Studienfach: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	in Vollzeit berufstätig oder <input type="checkbox"/> in Teilzeit berufstätig → als: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	selbstständig oder <input type="checkbox"/> angestellt
<input type="checkbox"/>	in (Früh-)Rente/Pension

Um Ihr Rollenrepertoire perfekt auf Sie abstimmen zu können, benötigen wir von Ihnen noch einige Informationen zu Ihrer Krankenvorgeschichte und Ihren Erfahrungen im Familien- und Freundeskreis. Selbstverständlich gehen wir auch mit diesen Daten streng vertraulich um und geben sie nicht an Unbefugte weiter. Ihnen entstehen aus der Preisgabe dieser Informationen selbstverständlich keine Nachteile!

7. Angaben zu Ihrem Körper:	
Körpergewicht: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> kg	Körpergröße: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm

8. Ihre Gesundheit und die Ihrer Angehörigen und Freunde	
An folgenden schweren körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen bin ich in der Vergangenheit oder aktuell selbst erkrankt: <input type="text"/>	
Folgende schwere körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen in der Familie oder Freundeskreis habe ich eng miterlebt: <input type="text"/>	
Haben Sie Erfahrung mit der Pflege eines Angehörigen?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein

9. Sonstiges

Ich würde mich bei einem SimPat-Einsatz körperlich untersuchen lassen.
(ausschließlich nicht-invasiv, z.B. Blutdruck messen oder Bauch abtasten)

- nein
 ja

10. Ihre Motivation für eine Teilnahme am SimPat-Programm?

[]

11. Schauspielerfahrung?

Haben Sie Schauspielerfahrung?

ja, und zwar:

[]

nein

12. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

[]

Vielen Dank, damit haben Sie unser Formular fertig ausgefüllt! Bitte schicken Sie es uns nun zusammen mit einem Portrait- und einem Ganzkörperfoto von Ihnen. Beides muss nicht professionell aufgenommen sein, ein möglichst aktueller privater Schnappschuss reicht vollkommen, Sie müssen nur gut zu erkennen sein.

Wir bevorzugen Emails an simpat@uke.de, sollte Ihnen dies aber nicht möglich sein, freuen wir uns selbstverständlich auch über Ihre postalische Zusendung an:

*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin*

*Institut für Allgemeinmedizin
Simulationspatientenprogramm
z.H. Rebecca Machnik*

*Gebäude W37, 5. Stock, Altbau
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg*

Nach der Prüfung Ihrer Bewerbung melden wir uns bei Ihnen und laden Sie gegebenenfalls direkt zu einem Bewerbungsgespräch ein. Wir bemühen uns um eine schnelle Bearbeitung, bitten Sie aber um Verständnis, wenn unsere Rückmeldung einige Zeit in Anspruch nimmt. Vielen Dank!