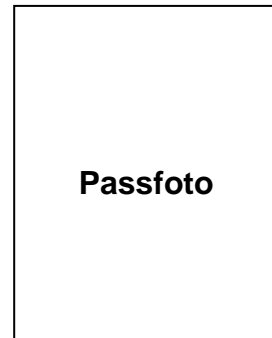


**Bewerbungsbogen für die Ausbildung  
Fachangestellte/r Gesundheit  
(Bitte handschriftlich ausfüllen)**



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

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ausländerausweis Kat. \_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ In der Schweiz seit: \_\_\_\_\_

Name/n, Vorname/n der Eltern bzw. der gesetzlichen Vertretung: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

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

**Schulbildung**

Art der Schule:	Ort / Kanton	von:	bis:



## Persönliche Angaben über den Gesundheitszustand

Bitte füllen Sie die nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu aus. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

1. Bestehen im heutigen Zeitpunkt einschränkende Beschwerden (Behinderungen, Unfallfolgen)?

Nein      Wenn  Ja, welche und seit wann?

.....

.....

.....

2. Weisen Sie irgendwelche Allergien, Überempfindlichkeiten auf?

Nein      Wenn  Ja, welche und seit wann?

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift der Bewerberin/ des Bewerbers