

# Qualifikations- Fragebogen Hausbesuchskraft

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber/ Pflegedienst o.a.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Allgemeine Informationen: (Streichen Sie nicht zutreffende Fragen).

**1. Welche Ausbildung/en haben Sie abgeschlossen?**

- Gesundheits und Krankenpfleger\_in       Arzthelferi\_in/ MFA       Altenpfleger\_in  
 Krankenpflegehelfer\_in       Arzt       Medizinstudent

Wann haben Sie ihre Ausbildung/en abgeschlossen?

\_\_\_\_\_

**2. Seit wie vielen Jahren Arbeiten Sie?**

\_\_\_ Jahre

**3. Bitte erläutern Sie, in welchen Bereichen Sie bereits gearbeitet haben.**

- Hauskrankenpflege    Pädiatrie    Chirurgie    Geriatrie    (Haus) Arztpraxis  
 Andere: \_\_\_\_\_

**4. Haben Sie Erfahrungen in der Hauskrankenpflege? Wenn ja, wie viele Jahre.**

\_\_\_\_\_

**5. Haben Sie bereits mit einem Anbieter von Hausbesuchen in klinischen Studien gearbeitet?**

- Ja    Nein

Wenn ja, welche Art von Studien waren das und was waren Ihre Aufgaben.

\_\_\_\_\_

**6. Haben Sie Erfahrung mit Blutentnahmen?**

- Ja    Nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

a. Nehmen Sie aktuell Blut ab?

- Ja    Nein

Wenn ja, bei welcher Patientenpopulation haben Sie Erfahrung? (z.B. Erwachsenen, Kinder)

\_\_\_\_\_

b) Haben Sie Erfahrung bei Blutentnahmen unter schwierigen Bedingungen (tiefliegende Venen, Rollvenen etc.)?

- Ja    Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie ihre Erfahrungen.

\_\_\_\_\_

**7. Haben Sie Erfahrungen in den folgenden Verabreichungswegen? (Letzte 2 Jahre)**

- |                   |                             |                               |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a. subkutan?      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b. intradermal?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c. intramuskulär? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d. intravenös?    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**8. Können Sie die folgenden Aufgaben erfüllen?**

- Stuhlproben sammeln?
- Sputumproben sammeln?
- Umgang mit Portsystemen/ ZVK? (In der Regel i.R. von Infusionswechsel)

**9. Haben Sie Erfahrungen mit:**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a. Dem Bedienen von Zentrifugen?              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b. Laborproben verarbeiten und verpacken?     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c. Arbeiten mit Trockeneis (IATA Zertifikat)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**10. Medizingeräte**

Haben Sie Erfahrungen mit diesem medizinischen Gerät?

- |                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a. Infusions/ Spritzenpumpen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b. Adrenalin- Autoinjektoren | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c. EKGs                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d. Sonstiges: _____          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**11. Haben Sie Erfahrungen im Umgang mit Infusionssystemen?**  Ja  Nein

Wenn ja, beschreiben Sie diese Erfahrungen bitte genauer.

---

**12. Haben Sie zusätzliche Fähigkeiten/ Kenntnisse oder sonstigen Erfahrungen die Sie uns gerne mitteilen möchten?**

---

**13. Beschreiben Sie bitte, wie Sie mit schwierigen Situationen/ Patienten/Angehörigen umgehen.**

---

**14. Kommunikation**

- Können Sie binnen 24 h die Unterlagen bereitstellen?  Ja  Nein
- Wie weit können Sie Reisen (Visiten- Fahrtzeit)? \_\_\_ km oder \_\_\_ Minuten (pro Strecke)

**15. Wissen Sie von Untersuchungen, medizinischen Dienstleistungen die ihn Ihrem Bundesland nicht im Häuslichen Umfeld von ihnen durchgeführt werden dürfen?**

---

\_\_\_\_\_  
Stadt, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift