Fragebogen für medizinischen Personal  
*Questionnaire for medical staff*

Vorname / *First name*

Nachname / *Last name*

Anschrift / *Address*

Geburtsland / *Country of birth*

Staatsangehörigkeit / *Nationality*

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)   
*Date of birth (DD/MM/YYYY)*

Telefonnummer / *Phone number*

E-Mail / *Email*

Familienstand (ledig/ verheiratet)   
*Marital status (single/married)*

Kinderanzahl / *Number of children*

**Sprachen /** ***Languages* (Niveau / *Level*)**

Muttersprache / *Mother tongue*

Deutsch

*English*

Weitere Sprachen / *Other languages*

Führerschein vorhanden   
*Driver's license available*

Ausbildung / Education

Berufserfahrung / *Professional experience*

Was sind Ihre wichtigsten Fähigkeiten in Bezug auf die Stelle, für die Sie sich beworben haben?  
*What are your most important skills in relation to the job you are applying for?*

Zusätzliche Informationen von Ihnen (beschreiben Sie sich in wenigen Worten)  
*Additional information about you (describe yourself in a few words)*