

Bewerbung als Simulations-  
Patient (alle Angaben sind freiwillig)



Name:

---

Vorname:

---

Geb. Datum:

---

Adresse:

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

aktuelle und/oder frühere berufliche Tätigkeit

Haben Sie schauspielerische Vorerfahrungen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Voraussichtliche Dauer des Engagements als SP (Jahre) \_\_\_\_\_

## Bewerbung als Simulations- Patient (alle Angaben sind freiwillig)

Hatten Sie bereits schwere  
Erkrankungen oder Operationen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Hatten Sie bereits Unfälle?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Haben Sie besondere körperliche Merkmale? (z.B. Narben,  
Muttermale, etc.)

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Körpergröße (cm)  Gewicht (kg)

Beste Erreichbarkeit/Termine als SP (Monat, Wochentag, Zeit)

---

Ich versichere weiterhin, dass ich die mir anvertrauten Rolleninformationen  
vertraulich behandeln werde und nicht an Dritte weitergebe.

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift:

