

Fragebogen – ärztliche humanitäre Hilfe im Gazastreifen

Persönliche Daten:

Name: _____
Vorname: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Fachrichtung: _____

Fragen (bitte füllen Sie alle Fragen aus!):

Besitzen Sie palästinensische Dokumente, wenn ja welche?

ja nein

Besitzen Sie eine Facharzt-Urkunde, wenn ja, welche?

ja nein

Arbeiten Sie in einer Praxis oder in einem Krankenhaus (bitte Geschäftsadresse hinzufügen)?

Praxis Krankenhaus Andere (bitte angeben)

Sind Sie: Facharzt Oberarzt Chefarzt Andere (bitte angeben)

Seit wann?

Sind Sie bereit spontan humanitäre Hilfe im Gazastreifen zu leisten oder brauchen Sie eine Vorlaufzeit (Vorlaufzeit bitte angeben)?

spontan Vorlaufzeit

Haben Sie für eine längerfristige Planung bestimmte Zeiten, die Sie bevorzugen, um an einem humanitären Einsatz teilzunehmen, wenn ja, welche (bitte geben Sie auch die Dauer des möglichen Einsatzes an)?

ja nein