

## KWESTIONARIUSZ DLA KANDYDATA NA OPIEKUNA OSÓB STARSZYCH

Zdjęcie

### DANE OSOBOWE

<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Imiona		Nazwisko		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko rodowe	Nazwisko panieńskie matki	Data urodzenia		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejsce urodzenia	PESEL	Obywatelstwo		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Seria i numer dowodu	Data wydania	Data ważności	Organ wydający dokument	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Wzrost	Waga			

### Dane kontaktowe:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. Komórkowy	Tel. Stacjonarny	Tel. Do rodziny	E-mail

### Właściwy Urząd Skarbowy / dokładny adres:

### Adres zamieszkania:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica i nr domu	Miejscowość	Kod pocztowy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Województwo	Powiat	Gmina

### Adres korespondencyjny jeżeli inny niż zamieszkania:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica i nr domu	Miejscowość	Kod pocztowy

**DANE WYMAGANE DO UBEZPIECZEŃ**

Czy aktualnie jest Pan/Pani zatrudniona przez innego pracodawcę?\*  tak  nie

Jeżeli tak to proszę podać nazwę i adres pracodawcy

\_\_\_\_\_

Czy pobiera Pan/Pani świadczenia emerytalne lub rentowe? Proszę zaznaczyć odpowiedni punkt.\*

- otrzymuję emeryturę  
 – otrzymuję rentę / jeśli tak, to jaką \_\_\_\_\_  
 – nie otrzymuję emerytury ani renty

**Stopień niepełnosprawności:\***

- nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności  
 – posiadam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności  
 – posiadam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności  
 – posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

**Członkowie rodziny, których chce Pan/Pani zgłosić do ubezpieczenia:**

1. Imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stopień niepełnosprawności: \_\_\_\_\_ \*

2. Imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stopień niepełnosprawności: \_\_\_\_\_ \*

\*Jestem świadomy/a, że w przypadku podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym podlegam odpowiedzialności karno-skarbowej

**INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA**

Czy pali Pan/Pani papierosy?  tak  nie

Czy może Pan/Pani dźwigać?  tak  nie

Podatność na alergie  tak  nie

Jeśli tak, to na jakie alergenry Pan/Pani reaguje \_\_\_\_\_

Czy istnieją trwałe uszczerbki na zdrowiu?  tak  nie

Jeśli tak, jakie: \_\_\_\_\_

Czy przyjmuje Pan/Pani regularnie lekarstwa?  tak  nie

Jeśli tak, jakie: \_\_\_\_\_

## DOŚWIADCZENIE

### I. SCHORZENIA, Z KTÓRYMI MIAŁ/MIAŁA PAN/PANI DO CZYNIENIA (proszę krzyżykiem zaznaczyć właściwe)

Demencja		Brak zdolności poruszania się/ Pacjent leżący	
Alzheimer		Odleżyny	
Zaburzenia psychiczne (schizofrenia, depresja)		Zaburzenia widzenia (jaskra, zaćma)	
Inkontynencja (problem z trzymaniem moczu lub/i kału)		Parkinson	
Cewnik		Padaczka	
Niewydolność nerek (dializy)		Problemy z przełykaniem (dysfagia)	
Nadciśnienie		Odżywianie przez sondę PEG	
Cukrzyca		Stomia	
Zawał serca/udar		Guz, nowotwór	
Niewydolność serca i układu krwionośnego		Alergie	
Stwardnienie rozsiane (MS)		Problemy z oddychaniem/astma	
Zaburzenia ruchowe/ograniczenie ruchowe		Zaburzenia snu	
<b>Inne schorzenia:</b>			

### II. PROSZĘ SZCHARAKTERYZOWAĆ OPIEKĘ NAD OSTATNIMI PACJENTAMI ZGODNIE Z PONIŻSZYM:

<b>Płeć i wiek podopiecznego:</b>		<b>Płeć i wiek podopiecznego:</b>	
<b>Opieka jak długo:</b>		<b>Opieka jak długo:</b>	
<b>Opis schorzenia:</b>			

### III. Doświadczenie pracy w opiece (lata/miesiące)

Polska: \_\_\_\_\_

Niemcy: \_\_\_\_\_

Inne: \_\_\_\_\_

**KWALIFIKACJE ZAWODOWE I UMIEJĘTNOŚCI**

**Czy posiada Pan/Pani wykształcenie medyczne lub specjalizacyjne w zakresie opieki nad osobami starszymi/chorymi ? Jeśli tak, proszę zaznaczyć odpowiednio:**

- wykształcenie pielęgniarstwa (proszę załączyć kopię dyplomu)
- studium policealne, tytuł opiekuna osób starszych (proszę załączyć kopię dyplomu)
- kurs dla opiekunów osób starszych (proszę załączyć zaświadczenie o ukończeniu)
- inne kursy i szkolenia \_\_\_\_\_

**Czy posiada Pan/Pani referencje od poprzednich podopiecznych lub ich rodzin?**

tak\*       nie      \*jeżeli tak - proszę dołączyć

**Czy posiada Pan/Pani czynne prawo jazdy kat. B?**

tak       nie

**Jeśli tak, to jak długo:** \_\_\_\_\_

**Jak ocenia Pan/Pani swoją znajomość języka niemieckiego?**

podstawowa       komunikatywna       dobra       bardzo dobra

**INFORMACJE DODATKOWE**

**Od kiedy chciał/a by Pan/Pani podjąć pracę?** \_\_\_\_\_

**Zainteresowania/hobby:**

**Kilka słów o sobie, które pomogą nam przedstawić Pana/Panią potencjalnemu podopiecznemu:**

**UWAGI OD KANDYDATA**

Proszę podać ewentualne preferencje odnośnie podopiecznego lub miejsca pracy, co pomoże nam w doborze odpowiednich ofert.

## W JAKI SPOSÓB DOWIEDZIAŁ/A SIĘ PAN/PANI O NASZEJ FIRMIE?

- prasa  internet  telewizja  z polecenia, od kogo? \_\_\_\_\_  
 z innych źródeł, jakich? \_\_\_\_\_

## OSOBA, KTÓRA NALEŻY ZAWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU:

Imię, nazwisko i nr telefonu. \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PoloniaCARE24 Sp. z o.o., ul. Boh. Warszawy 3/2, 78-400 Szczecinek jako administratora moich danych osobowych w celu przygotowania i przedstawienia dla mnie ofert indywidualnych dotyczących pracy za granicą.

\_\_\_\_\_  
(data i czytelny podpis)

Zostałem/am poinformowany/a, że administratorem moich danych osobowych jest PoloniaCARE24 Sp. z o.o., ul. Boh. Warszawy 3/2, 78-400 Szczecinek, dane będą przechowywane i przetwarzane na podstawie mojej zgody, oraz że udostępnienie danych jest dobrowolne. Mam prawo wglądu do treści danych oraz żądania ich poprawienia bądź usunięcia.

\_\_\_\_\_  
(data i czytelny podpis)

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami i zasadami bhp oraz ochrony przeciwpożarowej i metod udzielania pierwszej pomocy. Zobowiązuję się do przestrzegania przepisów, zasad bezpieczeństwa i higieny pracy w trakcie wykonywania zlecenia.

Podstawa prawna - art. 104<sup>3</sup> § 2 K.p., § 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika (Dz. U. nr 62, poz. 286, z późn. zm.).

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis)