



## KWESTIONARIUSZ DLA KANDYDATA NA OPIEKUNA OSÓB STARSZYCH

### DANE OSOBOWE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imiona	Nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wiek	Wzrost
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Waga	

### Dane kontaktowe:

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

### Adres korespondencyjny:

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

### INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

Czy pali Pan/Pani papierosy?  tak  nie

Czy może Pan/Pani dźwigać?  tak  nie

Czy ma Pan/Pani alergie  tak  nie

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



**DOŚWIADCZENIE****I. SCHORZENIA, Z KTÓRYMI MIAŁ/MIAŁA PAN/PANI DO CZYNINIENIA (proszę krzyżykiem zaznaczyć właściwe)**

Demencja	<input type="checkbox"/>	Brak zdolności poruszania się/ Pacjent leżący	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Odleżyny	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia psychiczne(schizofrenia, depresja)	<input type="checkbox"/>	Zaburzenia widzenia (jaskra, zaćma)	<input type="checkbox"/>
Inkontynencja (problem z trzymaniem moczu lub/i kału)	<input type="checkbox"/>	Niewydolność serca i układu krwionośnego	<input type="checkbox"/>
Cewnik	<input type="checkbox"/>	Padaczka	<input type="checkbox"/>
Niewydolność nerek (dializy)	<input type="checkbox"/>	Problemy z przełykaniem (dysfagia)	<input type="checkbox"/>
Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	Odżywianie przez sondę PEG	<input type="checkbox"/>
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	Stomia	<input type="checkbox"/>
Zawał serca/udar	<input type="checkbox"/>	Guz, nowotwór	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>	Alergie	<input type="checkbox"/>
Stwardnienie rozsiane (MS)	<input type="checkbox"/>	Problemy z oddychaniem/astma	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia ruchowe/ograniczenie ruchowe	<input type="checkbox"/>	Zaburzenia snu	<input type="checkbox"/>
<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>		<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 pielęgniarские  
 – studium policealne, tytuł opiekuna osób starszych  
 – kurs dla opiekunów osób starszych  
 – inne kursy i szkolenia \_\_\_\_\_

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

**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

inne jakie?

\_\_\_\_\_ -  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.

**OŚWIADCZENIA I ZGODY**

Oświadczam, że posiadam predyspozycje do świadczenia usługi opieki osób starszych i nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia ww. opieki.

\_\_\_\_\_  
(data)

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

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora Danych moich danych osobowych podanych powyżej, w tym takich jak: zdjęcie, wzrost, waga, zdolności fizyczne oraz posiadane alergie w celu zapewnienia mi bezpiecznych i higienicznych warunków pracy na potrzeby niezbędne do procesów realizacji aktualnych i przyszłych rekrutacji i przesyłania mi ofert pracy przez kontakt za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-mail), sms, telefonu (to znaczy przez wykorzystanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących).

TAK

NIE

\_\_\_\_\_  
(data)

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

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przekazanie przez Administratora Danych klientom poszukującym opiekuna lub partnerom, którzy współpracują ze Współadministratorami Danych przy obsłudze klientów mających zapotrzebowanie na usługi opieki moich danych osobowych podanych powyżej, w tym takich jak: zdjęcie, wzrost, waga, zdolności fizyczne, posiadane alergie, jak również kserokopie załączonych dokumentów takich jak: m.in. certyfikaty, dyplomy itp. w celu zapewnienia mi optymalnych, bezpiecznych i higienicznych warunków pracy na potrzeby niezbędne do procesów realizacji aktualnych i przyszłych rekrutacji, i przesyłania mi ofert pracy.

TAK

NIE

\_\_\_\_\_  
(data)

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



**POUCZENIA:**

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych są:
  - 1) PoloniaCARE24 spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa z siedzibą w Szczecinku (kod 78-400) ul. Bohaterów Warszawy 3/2 wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Koszalinie pod nr KRS 0000711521 NIP 6731903659 REGON 369083649,
  - 2) PoloniaCARE24 spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Szczecinku (kod 78-400) ul. Bohaterów Warszawy 3/2 wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Koszalinie pod nr KRS 0000535875 NIP 6731898556 REGON 360508521,
  - 3) PoloniaWORK spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Szczecinku z siedzibą w Szczecinku (kod 78-400) ul. Bohaterów Warszawy 3/3 wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Koszalinie pod nr KRS 0000667696 NIP 6731902281 REGON 366764113,jako Współadministratorzy Danych.
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie wyrażonej zgody, w celu realizacji procesów rekrutacyjnych - aktualnych lub przyszłych w zależności od zgody, którą Pani/Pan wyrazi.
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres realizacji procesu rekrutacyjnego, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu prowadzenia przyszłych rekrutacji pozostaną w bazie danych na potrzeby przyszłych rekrutacji.
- W przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych na potrzeby przyszłych rekrutacji będą one przechowywane przez okres prowadzenia działalności, a w przypadku wycofania zgody do momentu złożenia oświadczenia w tym przedmiocie, z zastrzeżeniem, że zaprzestanie przetwarzania danych nastąpi wyłącznie w zakresie, w jakim nastąpiło wycofanie zgody tj. w zakresie poszczególnych celów przetwarzania danych osobowych - obecna rekrutacja, przyszłe rekrutacje lub marketing usług.
- Dane osobowe dotyczące Pani/Pana stanu zdrowia, zdjęcia, wzrostu, wagi, zdolności fizyczne oraz posiadane alergie są podawane dobrowolnie, ale pozwalają na większe dopasowanie miejsca świadczonych usług do Pani/Pana potrzeb. Dane te podawane są na podstawie wyrażonej przez Pana/Panią zgody.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do GIODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. lub powszechnie obowiązujących przepisów.
- Pani/Pana dane osobowe mogą być również powierzone do przetwarzania podmiotom powiązanim z Administratorem Danych lub podmiotom, którym dane przekazywane są na zasadzie powierzenia o ile jest to konieczne dla prawidłowego zrealizowania procesu rekrutacji (np. klientom poszukującym opiekuna lub naszym partnerom którzy współpracują przy obsłudze klientów mających zapotrzebowanie na usługi opieki)

Zapoznała/łem się z ww. pouczeniami:

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(czytelny podpis)

