Miejsce na zdjęcie

(można wysłać osobno w mailu)

## Kwestionariusz Osobowy

**Fragebogen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | Frage | Antwort |
| 1. **DANE OSOBOWE-PERSONALANGABEN:** | | |
|  | Vorname und Name/ Imię Nazwisko |  |
|  | Geburtsdatum und Geburtsort/ Data i miejsce urodzenia : |  |
|  | Adresse/ Adres zamieszkania: |  |
|  | Kontakt Adresse/ Adres korespondencyjny |  |
|  | Telefon Nummer/ Telefon stacjonarny: |  |
|  | Handy Nummer/ Telefon komórkowy: |  |
|  | Email/ Adres email: |  |
|  | Größe und Gewicht/ Wzrost i waga: |  |
|  | Sind Sie gegen etwas allergisch?/ Czy jest Pani na coś uczulona: |  |
|  | Familienstand / Stan cywilny: | ledig/ panna verheiratet/ mężatka geschieden/ rozwiedziona witwe/ wdowa |
|  | Rauchen Sie?/ Czy pali Pani papierosy: | ja/ tak nein/ nie |
| 2. **WYKSZTAŁCENIE I UMIEJĘTNOŚCI- AUSBILDUNG UND KENNTNISSE:** | | |
|  | Ausbildung/ Wykształcenie: | berufsausbildung/ zawodowe hochschulreife/ średnie hochausbildung/ wyższe |
|  | Beruf/Wyuczony zawód: |  |
|  | Haben Sie abgeschlossene Kurs?/ Ukończone kursy (np. opieka nad starszymi, zasady żywienia itp.) |  |
|  | Haben Sie aktiv Fuhrerschein?/ Czynne prawo jazdy kat. B: | ja/ tak nein/ nie |
|  | Wie lange fahren Sie mit dem Auto?/ Ile lat jeździ Pani samochodem: |  |
| 3. **DEUTSCHKENNTNISSE?/ ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA NIEMIECKIEGO** | | |
|  | sprechen/ mówienie | sehr gut/ bardzo dobre gut/ dobre befriedigend/ dostateczne schwach/ słabo sehr schwach/ bardzo słabo |
|  | verstehen/rozumienie | sehr gut/ bardzo dobre gut/ dobre befriedigend/ dostateczne schwach/ słabo sehr schwach/ bardzo słabo |
|  | schreiben/pisanie | sehr gut/ bardzo dobre gut/ dobre befriedigend/ dostateczne schwach/ słabo sehr schwach/ bardzo słabo |
|  | lesen/ czytanie głośne | sehr gut/ bardzo dobre gut/ dobre befriedigend/ dostateczne **schwach/ słabo** sehr schwach/ bardzo słabo |
| 4. **DOŚWIADCZENIE W OPIECE NAD OSOBAMI STARSZYMI** | | |
| (Proszę opisać ostatnich podopiecznych wg schematu: Mężczyzna, 75, Alzheimer w początkowym stadium, fizycznie sprawny. Obowiązki: pomoc w życiu codziennym, przy ubieraniu,nadzór przyjmowania leków, prowadzenie domu - gotowanie, sprzątanie, zakupy, dotrzymywanie towarzystwa i wspólne spacery.) | | |
|  | Wer wollen Sie betreuen?/ Kim Pani chcę się opiekować? | egal/ obojętnie –  frau/ kobieta mann/ mężczyzna ehe/ małżeństwo |
| Wie viel Geld wollen Sie pro Monat verdienen? Jakie są Pani oczekiwania dotyczące miesięcznej należności Euro (wpisać kwotę) | | |
| Wie lange konnen Sie nach Deutschland fahren? Na jaki okres czasu jest Pani chętna wyjechać? - | | |
| Ab wann konnen sie Arbeit beginnnen? Od kiedy Pani może rozpocząć pracę? wpisać datę. | | |
| Arbeiten Sie in Deutschland? / Czy pracowała Pani już w Niemczech? - | | |
| Wie lange arbeiten Sie in Deutschland? Jak długo pracowała Pani w Niemczech? -  5. **WYMAGANIA**  Proszę w poniższym polu opisać jakie ma Pani wymagania dotyczące opieki.  Dla przykładu :   * paląca / niepaląca * przedział wiekowy - bez wymagań * bez zwierząt domowych / dopuszczalne zwierzęta domowe * osoba chodząca/ leżąca * mogę wstawać w nocy/ nie mogę wstawać w nocy * czy jest jakaś choroba, przy, któej nie może Pani się podjąc opieki: * Inne : waga pacjenta, | | |
| *Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy i przetwarzania moich danych osobowych, zawartych w mojej ofercie pracy, niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji prowadzonego obecnie lub w przyszłości( zgodnie z ustawą z 29.09.1997r. o ochronie danych osobowych Dz.U. nr.133 poz. 883).* | | |