

SENICARE24 Spółka z o.o.
Zieleniec 64, 46-034 Pokój
NIP 7521452949
REGON 361978571
tel. (+48) 513 242 966
e-mail: info@hilfeauspolen.de
www.hilfeauspolen.de



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY – PERSONALFRAGENBOGEN

Imię
Vorname

Nazwisko
Name

Nazwisko panięskie
Mädchenname

Nr PESEL
IdNr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania
Wohnort

Adres e-mail
E-Mail

Telefon
Telefon

Data i miejsce urodzenia
Geburtsort und Datum

Wykształcenie i umiejętności
Ausbildung und Fähigkeiten

.....

.....

Czy posiada Pan(i) prawo jazdy?
Besitzen Sie gültigen Führerschein?

Ukończone kursy zawodowe opieka nad osobami starszymi (Pflege über älteren Menschen)
Abgeschlossene Berufskurse

masaż (Massage)

inne (andere)

O sobie
Über sich selbst

.....

.....

Znajomość języka niemieckiego (1-5, 1 – stopień minimalnie komunikatywny, 5 – bardzo dobrze)

Wie beurteilen Sie Ihre Deutschkenntnisse (1-5, 1 – minimal kommunikativ, 5 – sehr gut)

Gdzie uczył(a) się Pan(i) języka niemieckiego?

Wo haben Sie Deutsch gelernt?

w szkole (in der Schule)

kurs języka niemieckiego (Deutschkurs)

pobyt w Niemczech/Austrii (Aufenthalt in Deutschland/Österreich)

inne (andere)

Czy cierpi Pan(i) na alergię?

Leiden Sie unter Allergien?

tak (ja) nie (nein)

Pana(i) wzrost (cm)

Ihre Größe (cm)

Pana(i) waga (kg)

Ihr Gewicht (kg)

Czy prowadzi Pan(i) działalność gospodarczą?

Haben Sie Gewerbe?

tak (ja) nie (nein)

Czy zażywa Pan(i) regularnie leki?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

tak (ja) nie (nein)

Jeśli tak, to na co?

Wenn ja, gegen was?

.....

Czy pali Pan(i)?

Rauchen Sie?

tak (ja) nie (nein)

Jeśli tak, to czy ograniczy/zaniecha Pan(i) palenia w domu podopiecznego?

Wenn ja würden Sie im Haus der Familie auf das Rauchen verzichten/unterlassen?

tak (ja) nie (nein)

Opiekowałem(am) się osobami z:

Ich betreute Personen mit:

demencją (Demenz) chorobą Alzheimera (Alzheimer) chorobą Parkinsona (Parkinson)

chorobą cukrzycową (Diabetes) apopleksją (Schlaganfall) chorobą cukrzycową (Diabetes)

chorobą nowotworową (Tumor) nietrzymaniem moczu (Inkontinenz) depresją (Depression)

chorobami sercowo-naczyniowymi (Herz-Kreislaufkrankung)

inne (andere)

Kiedy jest Pan(i) gotowy(a) wyjechać?

Antrittstermin

.....

Preferowana długość pobytu

Dauer des Aufenthalts

.....

Osoba, którą chce się Pan(i) opiekować

Die zu betreuende Person

mężczyzna (Mann) kobieta (Frau) para (Paar) obojętne (egal)

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym. (Ich bestätige diese Daten mit den Tatsachen).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym kwestionariuszu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych).

.....

czytelny podpis
(leserliche Unterschrift)

Prosimy o przesłanie nam e-mailem swojej aktualnej fotografii. (Senden Sie uns bitte Ihre Foto per E-Mail).