# Kwestionariusz osobowy

*Proszę wpisywać odpowiedzi w białych polach.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko: | | | |
|  | | | |
| Data i miejsce urodzenia: | Obywatelstwo: | | Pesel: |
|  |  | |  |
| Adres zamieszkania: | | | |
|  | | | |
| Adres do korespondencji: | | | |
|  | | | |
| Adres e-mail: | | | |
|  | | | |
| Telefon kontaktowy: | | | |
|  | | | |
| Waga: | | Wzrost: | |
|  | |  | |
| Wykształcenie: | | Zawód wyuczony: | |
| |  | | --- | |  | | |  | |
| Przebieg dotychczasowego zatrudnienia: (przed podjęciem pracy w opiece) | | | |
|  | | | |
| Dodatkowe kwalifikacje, ukończone kursy: | | | |
| Kurs opieki kurs pierwszej pomocy kurs siostry PCK | | | |
| Czy pali Pan/i papierosy\*?: | | | |
|  | | | |
| Czy posiada Pan/i czynne prawo jazdy?: | | | |
|  | | | |
| Czy jest Pan/i gotowy/a jeździć samochodem w Niemczech?: | | | |
|  | | | |

**Kwalifikacje zawodowe**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Łączne doświadczenie w opiece w latach: | | |
|  | | |
| Gdzie i jak długo uczył/a się Pan/i języka niemieckiego? | | |
| W szkole/na kursie samodzielnie w domu podczas pobytu w Niemczech | | |
| Czy posiada Pani/Pan referencje? | | |
|  | | |
| Proszę o zaznaczenie z jakimi chorobami Pan/Pani ma doświadczenie i jakie czynności wykonywała Pan/Pani u wszystkich swoich dotychczasowych podopiecznych: | | |
| Schorzenia | | Czynności: |
| |  | | --- | | ☐Alergia | | ☐Cukrzyca | | ☐Białaczka | | ☐Problemy ze wzrokiem/słuchem | | ☐Parkinson | | ☐Depresja | | ☐Choroby psychiczne | | ☐Biegunka/Zaparcia | | ☐Nietrzymanie moczu | | ☐Cewnik | | ☐Stoma | | ☐ Pacjent leżący | | ☐ Pacjent na wózku inwalidzkim | | ☐ Demencja | | ☐ Alzheimer | | ☐ Zaburzenia snu | | ☐ Choroby ukł. krążenia | | ☐ Pacjent po wylewie | | ☐ Nadciśnienie | | ☐ Paraliż | | ☐ Padaczka | | ☐ MS/ALS | | ☐ Choroby płuc | | ☐ Astma | | ☐ Artroza | | ☐ Osteoporoza | | ☐ Reumatyzm | | ☐ Bóle mięśni | | ☐ Zachwiania równowagi | | ☐Nowotwór (jaki?......................) | | ☐ PEG Sonda | | ☐ Osłabienie starcze | | ☐inne: …………………………………… | | | |  | | --- | | ☐ Towarzyszenie podczas wizyt u lekarza | | ☐ Wzywanie lekarza | | ☐Opieka w nocy | | ☐ Pomoc w poruszaniu się | | ☐ Transfer łóżko – wózek/łóżko -krzesło | | ☐ Zmiana pozycji w łóżku | | ☐ Wykonywanie toalety i higieny w łóżku | | ☐ Dbanie o higienę | | ☐ Pomoc w toalecie | | ☐ Zmiana pieluch | | ☐ Pomoc przy cewniku / stomii | | ☐ Ubieranie | | ☐ Pobudka/ przygotowanie do snu | | ☐ Mierzenie temperatury/ ciśnienia | | ☐ Podawanie lekarstw | | ☐ Przygotowanie posiłków | | ☐ Pomoc podczas jedzenia/ podawanie napoi | | ☐ Prowadzenie gospodarstwa domowego | | ☐ Pomoc w czynnościach dnia codziennego | | ☐ Aktywne wsparcie | | ☐ Zapewnienie komfortu psychicznego/  aktywizacja | | ☐ Udział w spotkaniach | |
|  | | |
| **Proszę podać chronologicznie swoje doświadczenie w opiece (proszę wpisać co najmniej 4 podopiecznych)** | | |
| **Miejscowość:** | |  |
| **Imię:** | **Wiek:** | **Okres opieki: (od-do)** |
|  |  |  |
| **Miejscowość:** | |  |
| **Imię:** | **Wiek:** | **Okres opieki: (od-do)** |
|  |  |  |
| **Miejscowość:** | |  |
| **Imię:** | **Wiek:** | **Okres opieki: (od-do)** |
|  |  |  |
| **Miejscowość** | |  |
| **Imię:** | **Wiek:** | **Okres opieki od………..…….do……………………** |
|  |  |  |
| **Miejscowość** | |  |
| **Imię:** | **Wiek:** | **Okres opieki od………..…….do……………………** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Preferowana płeć podopiecznego: *proszę wpisać tak przy odpowiedniej pozycji* | | | | |
| Kobieta | mężczyzna | Płeć obojętna | | |
|  |  |  | | |
| Możliwy termin rozpoczęcia pracy: | | | | |
|  | | | | |
| Okres jednorazowego pobytu: | | | | |
|  | | | | |
| Pani / Pana zalety i zainteresowania: | | | | |
|  | | | | |
| Proszę krótko opisać dlaczego chce Pan/pani podjąć się pracy jako opiekun/opiekunka osób starszych: | | | | |
|  | | | | |
| Z kim chciałaby Pan/i pracować, można zaznaczyć kilka wpisując tak lub nie przy każdej pozycji: | | | | |
| Osoba na wózku inwalidzkim | | |  |
| Osoba leżąca | | |  |
| Osoba z demencją | | |  |
| Osoba z Alzheimerem | | |  |
| Osoba ze schorzeniami psychicznymi | | |  |
| Osoba cewnikowana | | |  |
| Osoba do opieki z druga osobą w gospodarstwie domowym | | |  |
| Dwie osoby do opieki | | |  |
| Informacje dodatkowe odnośnie oczekiwanego stanu zdrowia podopiecznego: | | | |
|  | | |  |

**Oświadczenia kandydata:**

1. Oświadczam, iż zgłaszam swoją kandydaturę do pracy . i tym samym biorę udział w procesie rekrutacji.

2. Oświadczam, iż nie mam żadnych chorób, które uniemożliwiają mi podjęcie i wykonywanie pracy lub stanowią przeszkodę w prawidłowym wykonywaniu obowiązków w ramach pomocy osobom starszym.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osób osobowych i zdjęć zawartych w dokumentach aplikacyjnych dla potrzeb rekrutacji obecnej i przyszłej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Grupa Pflegrin Sp. z o.o. z siedzibą w 41-709 Ruda Śląska, ul Piotra Niedurnego 65/4

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie zgody, w celu rekrutacji obecnej i przyszłej. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą partnerzy Grupy Pflegerin\*\*. Dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejskiej Obszar Gospodarczy. Pani/Pana   dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny dla wzięcia udziału w rekrutacji, nie później niż do czasu wycofania zgody.  W każdej chwili ma Pani/Pan dostęp do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, 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 organu nadzorczego jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Pana/Panią  danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji obecnej i przyszłej. Informujemy, że wstępna analiza profilów kandydatów może odbywać się elektronicznie lub w zautomatyzowany sposób .Odbiorcami danych mogą być partnerzy Grupy Pflegerin\*\*.

\* Celem uzyskania informacji, jest odpowiednie dopasowanie ofert pracy do przyzwyczajeń kandydata, jak i dopasowaniu ich do stanu zdrowia podopiecznego

\*\*Grupa Pflegerin - Podmioty wchodzące w skład Grupy Pflegerin zostały wymienione w Polityce

Bezpieczeństwa Grupy Pflegerin.

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data | Podpis kandydata |
|  |  |