# 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 |
|  |  |