

OPIEKUNKI365 Błażej Pieczonka
Biuro: SZCZECIN, Budynek WZDZ,
Pl. Jana Kilińskiego 3/114,

tel. (0048) 533-365-360
e-mail: opiekunki365@gmail.com
www.opiekunki365.pl



FORMULARZ REKRUTACYJNY

(WYPEŁNIAMY WIELKIMI LITERAMI)

DANE OSOBOWE

NAZWISKO		
IMIE/IMIONA		
DATA URODZENIA (DD.MM.RR)		
MIEJSCE URODZENIA		
OBYWATELSTWO		
STAN CYWILNY		
<u>DANE KONTAKTOWE</u>		
MIEJSCOWOŚĆ		
KOD POCZTOWY		
ULICA/NUMER		
WOJEWÓDZTWO		
NUMER TELEFONU KOMÓRKOWY / STACJONARNY		
E-MAIL		

DANE OGÓLNE

WYKSZTAŁCENIE	
OBECNE ZAJĘCIE	

ZNAJMOŚĆ JEZYKA NIEMIECKIEGO (*właściwe zakreślić)

BRAK/SŁABA	KOMUNIKATYWNA	DOBRA	BARDZO DOBRA	BIEGŁA
------------	---------------	-------	--------------	--------

GDZIE UCZYŁ/UCZYŁA SIĘ PAN/PANI JEZYKA?

--

CZY ZNA PAN/PANI INNE JEZYKI OBCE? (*właściwe zakreślić)

TAK (JAKIE I W JAKIM STOPNIU?)	NIE
-----------------------------------	-----

O SOBIE (*właściwe zakreślić)

WZROST		
WAGA		
PRAWO JAZDY*	TAK	NIE
DOŚWIADCZENIE W PROWADZENIU AUTA*	TAK	NIE
CZY JEST PAN/PANI GOTOWY/GOTOWA PROWADZIĆ AUTO W NIEMCZECH?*	TAK	NIE
CZY PALI PAN/PANI PAPIEROSY?*	TAK	NIE
REZYGNACJA Z PALENIA NA CZAS POBYTU W NIEMCZECH?*	TAK	NIE
CZY PIJE PAN/PANI REGULARNIE ALKOHOŁ?*	TAK	NIE
CZY BYŁ/BYŁA PAN/PANI KIEDYKOLWIEK KARANY/KARANA SĄDOWNIE?*	TAK	NIE
CZY PODLEGA PAN/PANI UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEMU (składki ZUS/KRUS)?* (*właściwe zakreślić)	TAK*	NIE
	KRUS**	
	WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ**	
	URZĄD PRACY**	
	UMOWA O PRACĘ/ZLECENIE**	
CZY JEST PAN/PANI NA RENCIE/EMERUTURZE?*	TAK	NIE

DOŚWIADCZENIE W PRACY JAKO OPIEKUN/OPIEKUNKA OSOBY STARSZEJ(*właściwe
zakreślić)

CZY W PRZESZŁOŚCI PRACOWAŁ/PRACOWAŁA PAN/PANI JAKO OPIEKUN/OPIEKUNKA OSOBY STARSZEJ?*	TAK	NIE
---	-----	-----

JEŚLI TAK, TO GDZIE?:

1. OKRES od-do/
2. WIEK PACJENTA/
3. CHOROBY PACJENTA/
4. OBOWIĄZKI/

<u>KRAJ</u>	<u>IŁOŚĆ MIESIĘCY</u>	<u>PODOPIECZNY (KOBIEȚA (K) CZY MEŹCZYŻNA (M))</u>
NIEMCY (lub inny kraj)		

**Z JAKIMI CHOROBAМИ PODOPIECZNYCH MIAŁ/MIAŁA PAN/PANI DO CZYNIEŃIA?
 JAKIE CZYNNOŚCI WYKONYWAŁ/WYKONYWAŁA PAN/PANI PODCZAS OPIEKI NAD
 OSOBAMI STARSZYMI LUB CHORYMI? (*postawić znak X przy właściwym polu)**

ALZHEIMER	
DEMENCJA	
NIETRZYMANIE MOCZU, KAŁU	
CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA	
CEWNIK	
STOMIA (WYDALANIE PRZY POMOCY APARATURY)	
PARALIŻ	
NOWOTWÓR	
PARKINSON	
OSTEOPOROZA	
UDAR	
NIEDOSŁYSZENIE	
NIEDOWIDZENIE	
ODLEŻYNY	
NADCISNIENIE	
DEPRESJA	
ZABURZENIE SNU	
UPOŚLEDZENIE PSYCHICZNE	
POMOC W TOALECIE OSOBISTEJ	
POMOC W MYCIU	
POMOC W ZAŁATWIANIU SIĘ	
UBIERANIE I ROZBIERANIE	
GOTOWANIE	
SPRZĄTANIE	
GIMNASTYKA	
ZMIANA PIELUCH	

OPIEKA NOCNA	
PROWADZENIE DOMU	
PODAWANIE LEKÓW	
WIZYTY U LEKARZA	
DOŚWIADCZENIE Z OSOBAMI NA WÓZKU INWALIDZKIM	
DOŚWIADCZENIE Z OSOBAMI PORUSZAJĄCYMI SIĘ ZA POMOCĄ CHODZIKA	
DOŚWIADCZENIE Z OSOBAMI LEŻĄCYMI	
CUKRZYCA	

PYTANIA UZUPEŁNIAJĄCE

(*właściwe zakreślić)

CZY PREFERUJE PAN/PANI OPIEKĘ NAD KOBIETĄ CZY MĘŻCZYZNĄ?*	KOBIETA	MĘŻCZYZNA	OBOJĘTNIE
CZY PODJĄŁBY/PODJEŁABY SIĘ PAN/PANI OPIEKI NAD DWÓJKĄ OSÓB (NP. MAŁŻEŃSTWEM)?*	TAK		NIE
CZY CIERPI PAN//PANI NA CHOROBY PRZEWLEKŁE LUB ALERGIE?*	TAK		NIE
CZY PRZESZKADZAJĄ PANU/PANI ZWIERZĘTA DOMOWE (PIES, KOT, itp.) *	TAK		NIE
CZY JAKAŚ KONKRETNA CHOROBA PODOPIECZNEGO WYKLUCZYŁABY PODJĘCIE PRZEZ PANA/PANIĄ PRACY? JAKIE TO SCHORZENIE?			
NA JAK DŁUGO MOGŁBY/MOGLĄBY PAN/PANI WYJECHAĆ?			
CZY JEST PAN/PANI GOTOWY/GOTOWA WYJECHAĆ DO PRACY NA MIN. 2 MIESIĄCE?*	TAK		NIE
CZY ODPOWIADA PANU/PANI 2-3 MIESIĘCZNY CYKL ZMIANOWY?*	TAK		NIE
OD KIEDY MÓGŁBY/MOGLĄBY PAN/PANI PODJĄĆ PRACĘ?			
CZY POTRAFI PAN/PANI GOTOWAĆ, PIEC?*	TAK		NIE
CZY JEST PAN/PANI GOTÓW/GOTOWA WYKONYWAĆ PODSTAWOWE PRACE DOMOWE (PRANIE, SPRZĄTANIE, ITP.)?*	TAK		NIE
CZY ZGODZIŁBY/ZGODZIŁABY SIĘ PAN/PANI WYKONYWAĆ DROBNE PRACE W OGRÓDKU?*	TAK		NIE

JAKIE SĄ PANA/PANI ŻYCZENIA I WYMAGANIA DOTYCZĄCE PRACY?	
---	--

DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE/KANDYDATCE

PROSZĘ KRÓTKO OPISAĆ SWOJĄ OSOBE. (zainteresowania, hobby, atuty, dodatkowe umiejętności)

SKĄD DOWIEDZIAŁ/DOWIEDZIAŁA SIĘ PAN/PANI O NASZEJ FIRMIE? (*postawić X w odpowiednim miejscu)

STRONA WWW.OPIEKUNKI365.PL	
INTERNET	
GAZETA	
ULOTKA	
PLAKAT	
OD INNEJ OSOBY	
JESTEM Z POLECENIA	

ZAŁĄCZNIKI (*właściwe podkreślić) :

CV

ZDJĘCIE

REFERENCJE

ŚWIADECTWO UKOŃCZENIA KURSU DLA OPIEKUNEK OSÓB STARSZYCH

ŚWIADECTWO UKOŃCZENIA KURSU JĘZYKOWEGO

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.).”

PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI

MIEJSCE I DATA

.....

.....