Ważne: Aby formularz stał się interaktywny należy wpierw zapisać go na dysku komputera.

FORMULARZ REKRUTACYJNY

DO OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI

Do jakiego kraju chce Pan/i wyjechać?	Jaki rodzaj pracy chciałby/aby Pan/i wykonywać?
☐ Niemcy ☐ Austria ☐ Polska	☐ Opiekuna/ki ☐ Pomocy domowej

NAZWISKO _____ IMIĘ _____

Stan cywilny ◯ wolny ◯ żonaty/zamężna ◯ wdowiec/wdowa ◯ rozwiedziony/a

Obywatelstwo _____ Data urodzenia _____

Wiara _____ Nr dowodu osobistego _____

Adres _____

Tel. komórkowy _____ Tel. kontaktowy w nagłym wypadku _____

E-mail _____

Wykształcenie _____ Zawód wyuczony _____

Aktualne zatrudnienie _____

Jak ocenia Pan/i swoją znajomość języka niemieckiego? ◯ 1 BARDZO DOBRA ◯ 2 DOBRA ◯ 3 ZADOWALAJĄCA ◯ 4 PODSTAWOWA ◯ 5 NIEWYSTARCZAJĄCA

Gdzie nauczył/a się Pan/i języka niemieckiego? _____

Czy zna Pan/i inne języki obce? ◯ NIE ◯ TAK Jeśli TAK, to jakie i w jakim stopniu (w skali 1-5)?

_____

_____

Czy ma Pan/i alergię? ◯ NIE ◯ TAK Jeśli TAK, to jaką?

_____

Czy cierpi Pan/i na choroby przewlekłe? ◯ NIE ◯ TAK Jeśli TAK, to na jakie?

_____

Czy przyjmuje Pan/i regularnie leki? ◯ NIE ◯ TAK Jeśli TAK, to jakie?

_____

Wzrost (cm) ☐☐☐ Waga (kg) ☐☐☐

Czy pali Pan/i papierosy? ◯ NIE ◯ TAK Jeśli TAK, czy zrezygnuje Pan/i z palenia papierosów w domu/mieszkaniu pacjenta? ◯ TAK ◯ NIE

Czy posiada Pan/i ważne prawo jazdy? ◯ NIE ◯ TAK Jeśli TAK, to jak długo? _____

Czy ma Pan/i doświadczenie w prowadzeniu samochodu? ◯ NIE ◯ TAK ☐ z automatyczną skrzynią biegów ☐ z ręczną skrzynią biegów

---

TERMIN ROZPOCZĘCIA PRACY	DŁUGOŚĆ POBYTU
◯ od zaraz ◯ od _____	☐ 2 miesiące ☐ 3 miesiące ☐ dłużej ☐ na wymianę

Referencje i świadectwa pracy ◯ nie posiadam ◯ posiadam ◯ informacje u _____

DOŚWIADCZENIE W OPIECE NAD OSOBAMI STARSZYMI

A Jak długo? _____ **B Co?** _____

C Stan zdrowia pacjenta

Proszę zaznaczyć („x") swoje doświadczenie w opiece nad pacjentami z wymienionymi schorzeniami.

- ☐ Dorosłe osoby niepełnosprawne fizycznie
- ☐ Młode osoby niepełnosprawne fizycznie
- ☐ Dzieci niepełnosprawne fizycznie
- ☐ Obłożnie chory pacjent
- ☐ Pacjent na wózku inwalidzkim
- ☐ Pacjent sparaliżowany
- ☐ Pacjent po udarze
- ☐ Pacjent niewidomy
- ☐ Pacjent z demencją
- ☐ Pacjent nietrzymający moczu
- ☐ Pacjent używający pampersów
- ☐ Pacjent używający pieluch
- ☐ Pacjent ze stwardnieniem rozsianym
- ☐ Pacjent z czasową dezorientacją
- ☐ Pacjent z dezorientacją przestrzenną
- ☐ Pacjent wstający w nocy
- ☐ Pacjent z chorobą zakaźną
- ☐ Pacjent z chorobą Parkinsona
- ☐ Pacjent z chorobą Alzheimera
- ☐ Pacjent z chorobą nowotworową
- ☐ Pacjent głuchy
- ☐ Pacjent z cukrzycą
- ☐ Pacjent z cewnikiem
- ☐ Pacjent na diecie
- ☐ Pacjent żywiony dojelitowo
- ☐ Pacjent ze schorzeniami reumatycznymi

D Wykonywane czynności

☐ Zakupy ☐ Czytanie książek (po niemiecku) ☐ Spacerowanie ☐ Higiena ciała

E Jak długo i gdzie pracował/a Pan/i za granicą? (np. jako pielęgniarka 6 miesięcy w Niemczech, 2 lata w Austrii)

☐ w Niemczech _____ ☐ w Austrii _____

☐ w innym kraju _____

F Inne działania z zakresu opieki (np. kursy, szkolenia)

◯ NIE ◯ TAK Jeśli TAK, to jakie?

Czy wykonywał/a Pan/i inne prace za granicą?

◯ NIE ◯ TAK Jeśli Tak, to gdzie?

Jakie prace?

Czy jest Pan/i gotowa opiekować się dwiema osobami (małżeństwem) w tym samym czasie? ◯ NIE ◯ TAK

Kim woli się Pan/i opiekować? ◯ wolę kobietę ◯ wolę mężczyznę ◯ obojętnie

---

Inne umiejętności z zakresu pomocy domowej

☐ lekkie prace pielęgnacyjne
☐ lekkie prace domowe
☐ opieka nad zwierzętami domowymi
☐ umiejętność gotowania
☐ wysokie umiejętności w gotowaniu i pieczeniu
☐ lekkie prace ogrodowe

Jakie są Pana/i oczekiwania finansowe?

Inne życzenia i oczekiwania

W jaki sposób znalazł/a Pan/i ogłoszenie naszej firmy?

◯ w internecie ◯ w prasie ◯ z polecenia ◯

Czy poleciłby/aby Pan/i współpracę z naszą firmą innemu/j opiekunowi/ce? ◯ TAK ◯ NIE

☐ * Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu poczty elektronicznej oraz numeru telefonu komórkowego w celu przesyłania środkami komunikacji elektronicznej przez Polger24 Heinz Pölger z siedzibą we Wrocławiu newslettera zawierającego informacje handlowe w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (DzU z 2002 r., Nr 144, poz. 104).
Administratorem danych osobowych jest Polger24.pl z siedzibą we Wrocławiu. Administrator danych oświadcza, że przetwarza dane osobowe podane w formularzu w celu przeprowadzenia procesu rekrutacyjnego. Administrator danych informuje, że obiorcami danych zebranych przez Administratora danych będą podmioty współpracujące z Polger24 Heinz Pölger. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści podanych danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.
Administrator danych osobowych informuje, że zgoda na otrzymywanie newslettera może być wycofana w każdym czasie. Wszelkie oświadczenia woli dotyczące przetwarzania podanych w formularzu rekrutacyjnym danych osobowych należy przesyłać na następujący adres Administratora danych: info@polger24.pl.

DATA PODPIS

PRZEŚLIJ FORMULARZ