

ANKIETA OSOBOWA

MIEJSCE NA
TWOJĄ
FOTOGRAFIĘ

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|
| DANE OSOBOWE: | | | |
| Imię: | | Nazwisko: | |
| Imię drugie: | | Nazwisko rodowe: | |
| Stan cywilny: | | | |
| Data urodzenia: | | Miejsce urodzenia: | |
| Obywatelstwo: | | Wyznanie: | |
| Seria i Numer dowodu osobistego: | | PESEL: | |
| Telefon stacjonarny: | | Telefon komórkowy: | |
| Adres e-mail: | | | |
| Adres zamieszkania : (w przypadku, gdy jest inny niż adres zameldowania) | | | |
| INFORMACJE DODATKOWE: | | | |
| Wzrost: | | Waga: | |
| Czy ma Pani dzieci? | | Ile? W jakim wieku? | |
| Wykształcenie: | | | |
| Zawód: | | | |

| | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Znajomość języka niemieckiego: | 1- brak znajomości 2- podstawowy 3- komunikatywny 4- dobry 5- bardzo dobry | |
| Inne języki: | | |
| Prawo jazdy? Jak długo? | | Czy jest Pani gotowa prowadzić auto za granicą? |
| Czy pali Pani papierosy? Jeśli tak, jak dużo? | | Czy w grę wchodzi rezygnacja z palenia u podopiecznego? |
| Jak długo pracuje Pani w opiece nad osobami starszymi? | | Jak długo wykonuje Pani pracę opiekunki osób starszych w Niemczech? |
| Od kiedy jest Pani gotowa wyjechać? | | Jak długo może zostać Pani u podopiecznego? Czy termin 2 miesięcy Pani odpowiada? |
| Główne choroby podopiecznych (proszę zaznaczyć x): | | |
| Alzheimer | Podopieczny poruszający się z rollatorem | |
| Demencja | Podopieczny na wózku inwalidzkim | |
| Zniedołężniałość starcza | Podopieczny leżący | |
| Paraliż/ Wylew/ Udar | Nowotwór | |
| Cukrzyca | Inkontynencja | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Choroby serca | Nadciśnienie |
| Niedowidzenie/ Niedosłyszenie | Parkinson |
| Stomia | Sonda |
| OPIS DOŚWIADCZENIA: | |
| Inne kursy i kwalifikacje: | |
| Czy byłaby Pani w stanie opiekować się mężczyzną? | |
| Czy byłaby Pani gotowa opiekować się dwoma osobami? (małżeństwem) | |
| Czy jest Pani w stanie wykonywać transfer (dźwiganie)? | |
| Jakie ma Pani zainteresowania? | |
| Cechy charakteru? | |
| Czy jest Pani alergikiem? | |
| Czy przyjmuje Pani jakieś leki na stałe? Jeśli tak- jakie? | |
| Czy posiada Pani problemy zdrowotne? Jeśli tak- jakie? | |
| Pani umiejętności gotowania: | |
| Ewentualne oczekiwania finansowe: | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Życzenia do zlecenia: (Internet, telefon, miasto, wieś itp.) | |
| Skąd Pani dowiedziała się o naszej firmie? | |

