

Bewerbungsbogen für 24-Stunden Betreuungskräfte

Kwestionariusz 24-godzinnej opieki

1. Name/ Nazwisko

2. Vorname/ Imię

3. Adresse/ Adres

Straße/ Ulica

Hausnummer/Nr. der Wohnung/ Numer domu/Nr lok.

Postleitzahl/ Kod pocztowy

Ort/ Miasto

Wojewodschaft/ Województwo

Hier bitte ein aktuelles
Foto von Ihnen
einkleben/
Tutaj proszę wkleić
aktualne zdjęcie

4. Telefonnummer/ Numer telefonu

5. E-Mail Adresse/ Adres e-mail

6. Geburtsdatum/ Data urodzenia

dd/mm/yyyy

Jahre/ Lat(a)

Wie alt sind Sie ?/ Ile ma Pan/Pani lat?

7. Größe/ Wzrost

cm

8. Gewicht/ Waga

kg

9. Staatsangehörigkeit
Obywatelstwo

Welche?/ Jakie?

Polnisch/ Polskie

Andere/ Inne

10. Welche Schul- und
Hochschulausbildung
haben Sie
abgeschlossen?
Jakie jest Pana/Pani
wykształcenie?

Gymnasium
Średnie (Liceum)

Realschule
Technikum

Hauptschule
Zawodowe

Bachelor
Licencjat

Universität
Wyższe

Kein
Schulabschluss
Brak

11. Über welche
Berufsausbildung
verfügen Sie?
Jaki jest Pana/Pani zawód?

Krankenschwester
/ Krankenpfleger
Pielęgniarz

Altenpflegerin/
Altenpfleger
Opiekun osób
starszych

Andere
Inny

Welche?/ Jaki?

12. Haben Sie Familien-
angehörige betreut?
Czy pielęgnował(a) Pan/Pani
członka rodziny?

Ja/ Tak

Nein/ Nie

13. Haben Sie Erfahrung in der 24-Stunden Betreuung? Czy ma Pan/Pani doświadczenie w 24-godz. opiece?	Keine Brak	1 Jahr 1 rok	2-4 Jahre 2-4 lata	Länger Dłużej		
14. Haben Sie Erfahrung in der 24-Stunden Betreuung in Deutschland? Czy ma Pan/Pani doświadczenie w 24-godz. opiece w Niemczech?	Ja/ Tak	Nein/ Nie	Wie lange?/ Ile lat?		Wo?/ Gdzie?	
15. Haben Sie einen Führerschein? Czy posiada Pan/Pani prawo jazdy?	Ja/ Tak	Nein/ Nie				
16. Haben Sie Fahrpraxis? Czy ma Pan/Pani doświadczenie w prowadzeniu pojazdu?	Ja/ Tak	Nein/ Nie	Wie lange?/ Ile lat?			
17. Würden Sie in Deutschland Auto fahren? Czy może Pan/Pani prowadzić samochód w Niemczech?	Ja/ Tak	Nein/ Nie				
18. Wie gut sprechen Sie Deutsch? Jaka jest Pana/ Pani znajomość języka niemieckiego?	Sehr Gut Bardzo dobra	Gut Dobra	Befriedigend Zadowolająca	Ausreichend Wystarczająca	Nur einzelne Wörter Pojedyncze słowa	Keine Kenntnisse Brak znajomości
Beschreiben Sie Ihre Sprachkenntnisse: Informacje opisowe o ocenie języka:						
19. Waren Sie schon einmal in Deutschland? Czy był(a) Pan/Pani w Niemczech?	Ja/ Tak	Nein/ Nie				
20. Wie lange könnten Sie maximal ohne Unterbrechung in Deutschland bleiben? Na jak długo może Pan/Pani wyjechać do pracy do Niemiec?	3 Monate 3 miesiące	2 Monate 2 miesiące	1 Monat 1 miesiąc	Länger Dłużej	Wie lange?/ Na jak długo?	
21. Sind Sie an einer langfristigen Zusammenarbeit mit uns interessiert? Czy jest Pan/Pani zainteresowany(a) długotrwałą współpracą z naszą firmą?	Ja/ Tak	Nein/ Nie	Wie lange?/ Na jaki okres?			
22. Sind Sie bereits sozial- und/ oder Krankenversichert? Czy podlega Pan/Pani obecnie ubezpieczeniu?	Ja/ Tak	Nein/ Nie	Wo?/ Z jakiego tytułu?			

23. Rauchen Sie?
Czy Pan/Pani pali?

Ja/Tak

Nein/ Nie

24. Haben Sie Allergien?
Czy cierpi Pan/Pani na alergię?

Ja/Tak

Nein/ Nie

Welche Allergien haben Sie?/ Na jakie alergię Pan/Pani cierpi?

25. Leiden Sie an chronischen Krankheiten?
Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe?

Ja/Tak

Nein/ Nie

An welchen Krankheiten?/ Na jakie choroby?

26. Dürfte der Auftraggeber Haustiere haben?
Czy Pana/ Pani zleceniodawca może posiadać zwierzęta?

Ja/Tak

Nein/ Nie

27. Möchten Sie eher eine Frau oder einen Mann betreuen?
Czy woli się Pan/Pani opiekować mężczyzną, czy kobietą?

Frau
Kobieta

Mann
Mężczyzna

Spielt keine Rolle
Bez znaczenia

Bemerkungen:/ Uwagi:

28. Mit welchen Krankheiten haben Sie bisher in der Betreuung zu tun gehabt?
Z jakimi chorobami u podopiecznych miał(a) Pan/Pani styczność?

Demenz
Demencja

Parkinson
Parkinson

Diabetes
Cukrzyca

Bettlägerigkeit
Osoba leżąca

Herzinfarkt
Zawał

Schlaganfall
Udar

Inkontinenz
Inkontynencja

Hörstörung
Problemy ze słuchem

Gehstörungen
Problemy z chodzeniem

Alzheimer
Alzheimer

Lähmung
Paraliż

Krebs
Choroba nowotworowa

Dekubitus
Odleżyna

Bluthochdruck
Nadciśnienie

Osteoporose
Osteoporoza

Rheuma
Reumatyzm

Depressionen
Depresja

Stoma
Stomia

Kreislaufstörungen/
Zaburzenia krążenia

Herzrhythmusstörung
Zaburzenia rytmu serca

Arthrose
Artroza (zwyrodnienie stawów)

Psychische Störungen
Zaburzenia psychiczne

Stark sehbehindert/ blind
Choroby oczu/ osoba niewidoma

Person mit Urinkatheter
Osoba z cewnikiem

Sonstige:/ Inne:

Asthma
Asthma

Sonde
Sonda

29. Welche Tätigkeiten könnten Sie bei der zu betreuenden Person ausführen?

Jakie czynności może Pan/Pani wykonywać u podopiecznego?

Sauber machen
Sprzątanie

Kochen
Gotowanie

Einkaufen
Robienie zakupów

Bügeln
Prasowanie

Wechsel von Binden
Zmiana wkładek

An-/Auskleiden
Pomoc przy ubieraniu, rozbieraniu

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
Pomoc w przyjmowaniu posiłków

Hilfe bei der Körperpflege
Pielęgnacja ciała

Wechsel von Windeln
Zmiana pieluchomajtek

Zum Arzt begleiten
Towarzystwienie u lekarza

Waschen/Duschen
Mycie podopiecznego

Unterstützung bei der Fortbewegung
Pomoc w poruszaniu się

Bett-Rollstuhl-Transfer
Pomoc przy transferze

Rollstuhl schieben
Prowadzenie wózka inwalidzkiego

Nachtdienst
Wstawanie w nocy

Gespäche führen
Rozmowy z podopiecznym

Blutzuckerkontrolle
Pomiar cukru we krwi

Blutdruckkontrolle
Pomiar ciśnienia

Spazieren gehen
Towarzystwienie na spacerze

Sonstige:/ Inne:

30. Ab wann sind Sie bereit mit uns

zusammenzuarbeiten?

Od kiedy może Pan/Pani rozpocząć z nami współpracę?

31. Was motiviert Sie, sich auf eine Stelle als Betreuungskraft bei ProSanitas24 zu bewerben?

Co motywuje Pana/Panią do ubiegania się o pracę jako opiekun(ka) osób starszych w ProSanitas24?

32. Nennen Sie Ihre persönlichen Eigenschaften:

Proszę wymienić Pana/Pani cechy charakteru:

33. Sonstige Anmerkungen:

Uwagi:

34. Welche Hobbys haben Sie?

Jakie jest Pana/i hobby?

35. Wie haben Sie von unserer Firma erfahren?

Skąd się Pan/Pani dowiedział/a o naszej firmie?

Facebook

www.prosanitas24.pl

Flyer, Plakat
Ulotka, Plakat

Auf Empfehlung
Z polecenia

Sonstige
Inne

*** Ich erkläre, dass die durch mich in diesem Formular angegebenen Daten richtig sind. Zudem stimme ich in Übereinstimmung mit dem Gesetz vom 29.08.1997 über den Schutz personenbezogener Daten (siehe: Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, 2281, z 2016 r. poz. 195) der Verarbeitung meiner in diesem Formular angegebenen personenbezogenen Daten für die Bedürfnisse des Rekrutierungsprozesses durch ProSanitas24 Sp. z o.o. mit Sitz in Warschau zu.**

* Oświadczam, że podane przeze mnie w tym formularzu dane są prawdziwe. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w formularzu, przez ProSanitas24 Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135).

* Pflichtfeld

* Pole obowiązkowe

Ort, Datum/ Miejscowość, Data

Unterschrift/ Podpis