



KaMa Care Magda Zubik
Ul. Wojska Polskiego 42 A
58-500 Jelenia Góra
tel:0048607670214/ 0048792159554
email: kontakt@kamacare.pl
www.kamacare.pl

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY (PERSÖNLICHER FRAGEBOGEN)

Prosimy o wypełnienie kwestionariusza osobowego oraz dołączenie aktualnego zdjęcia.

Jest to część rekrutacji niezbędnej do podjęcia z nami współpracy. Zapewniamy, że dokumenty wykorzystywane są jedynie na potrzeby naboru opiekunów/opiekunek.

(Bitte füllen Sie den persönlichen Fragebogen aus und fügen Sie ein aktuelles Foto bei. Es ist Teil des Rekrutierungsprozesses, der notwendig ist, mit uns zusammenzuarbeiten. Wir stellen sicher, dass die Unterlagen nur für die Rekrutierung von Erziehungsberechtigten/Sittem verwendet werden.)

Imię i nazwisko (Vorname und Nachname)

Data urodzenia (Geburtsdatum)

PESEL (ID-NUMMER)
NR DOWODU OSOBISTEGO (DOKUMENTNUMMER)

Telefon (Handy)

Adres e-mail (E-Mail-Adresse)



KaMa Care Magda Zubik
Ul. Wojska Polskiego 42 A
58-500 Jelenia Góra
tel:0048607670214/ 0048792159554
email: kontakt@kamacare.pl
www.kamacare.pl

Stan cywilny (Familienstand)

DZIECI (KINDER) TAK (JA) NIE (NEIN)

WZROST (GRÖßE):

WAGA (GEWICHT):

ADRES ZAMIESZKANIA (ADRESSE)

REFERENCJE (REFERENZEN)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

DYPLOMY I KURSY (DIPLOME UND KURSE)

PRAWO JAZDY (FÜHRERSCHEIN)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

CZY JEŹDZI PANI/PAN NA TERENIE NIEMIEC? (FAHREN SIEŹ IN DEUTSCHLAND?)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA NIEMIECKIEGO (DEUTSCHE SPRACHKENNTNISSE)

BRAK (NICHTS)

PODSTAWOWY (BASIC)

KOMUNIKATYWNY (GESPRÄCHIG)



KaMa Care Magda Zubik
Ul. Wojska Polskiego 42 A
58-500 Jelenia Góra
tel:0048607670214/ 0048792159554
email: kontakt@kamacare.pl
www.kamacare.pl

DOBRY (GUT)
BIEGŁY (KOMPETENT)

CZY PALI PANI/PAN PAPIEROSY? (RAUCHEN SIE ZIGARETTEN?)
TAK (JA) NIE (NEIN)

ILE LAT PRACUJE PANI/PAN W BRANŻY OPIEKUŃCZEJ?
(WIE VIELE JAHRE ARBEITEN SIE IN DER PFLEGEINDUSTRIE?)

CZY POSIADA PAN(I) DOŚWIADCZENIE W PRACY Z OSOBAMI:
(HABEN SIE ERFAHRUNG IN DER ARBEIT MIT PERSONEN)

1. Chorującymi na demencje? (Menschen mit Demenz)

TAK (JA) NIE (NEIN)

2. Chorującymi na chorobę Alzheimera? (Menschen mit Alzheimer-Krankheit)

TAK (JA) NIE (NEIN)

3. Chorującymi na chorobę Parkinsona? (Menschen mit Parkinson-Krankheit)

TAK (JA) NIE (NEIN)

4. Chorującymi na nowotwory / raka? (Krebspatienten)

TAK (JA) NIE (NEIN)

5. Chorującymi na stwardnienie rozsiane? (Patienten mit Multipler Sklerose)



KaMa Care Magda Zubik
Ul. Wojska Polskiego 42 A
58-500 Jelenia Góra
tel:0048607670214/ 0048792159554
email: kontakt@kamacare.pl
www.kamacare.pl

TAK (JA)

NIE (NEIN)

6. Chorującymi na zaburzenie krążenia? (Menschen mit Durchblutungsstörungen)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

7. Chorującymi na choroby psychiczne? (Menschen mit psychischen Erkrankungen)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

8. Chorującymi na nietrzymanie moczu? (Menschen mit Harninkontinenz)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

9. Chorującymi na osteoporozę? (Menschen mit Osteoporose)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

10. Chorującymi na artretyzm? (Arthritis-Patienten)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

11. Osobami po udarze / wylewie? (Menschen nach einem Schlaganfall)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

12. Chorującymi na reumatyzm? (Menschen mit Rheuma)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

13. Pacjentami z dializą? (Dialysepatienten)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

14. Leżącymi osobami ? (Liegende Leute)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

15. Pacjentami ze stomią? (Patienten mit einem Stoma)

TAK (JA)

NIE (NEIN)



KaMa Care Magda Zubik
Ul. Wojska Polskiego 42 A
58-500 Jelenia Góra
tel:0048607670214/ 0048792159554
email: kontakt@kamacare.pl
www.kamacare.pl

16. Pacjentami z cewnikiem? (Patienten mit Katheter)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

17. Pacjentami z sondą? (Patienten mit einer Sonde)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

**CZY MIAŁ(A) PAN(I) DOŚWIADCZENIE Z OSOBĄ KORZYSTAJĄCĄ Z
PONIŻSZYCH ŚRODKÓW POMOCNICZYCH:**

(HABEN SIE ERFAHRUNG MIT DER PERSON, DIE FOLGENDE HILFSMITTEL BENUTZT)

1. Chodzik? (Rollator)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

2. Wózek inwalidzki? (Rollstuhl)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

3. Poruszającymi się o lasce lub z lekkimi problemami w poruszaniu się?

(Umzug mit Gehstock oder mit leichten Mobilitätsproblemen)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

GOTOWOŚĆ WYJAZDU OD (BEREITSCHAFT ZUR ABREISE VON)

PREFEROWANY CZAS TRWANIA ZLECENIA (BEVORZUGTE DAUER DES JOBS)



KaMa Care Magda Zubik
Ul. Wojska Polskiego 42 A
58-500 Jelenia Góra
tel:0048607670214/ 0048792159554
email: kontakt@kamacare.pl
www.kamacare.pl

CZY PODEJMIE SIĘ PANI/PAN OPIEKI NAD 2 OSOBAMI? (KÜMMST DU 2 PERSONEN?)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

PREFEROWANA PŁEĆ PODOPIECZNEGO (DAS BEVORZUGTE GESCHLECHT DES INNEREN)

KOBIETA (WEIBLICH)

MĘŻCZYŻNA (MÄNNLICH)

OBOJĘTNIE (EGAL)

INNE UWAGI DLA FIRMY (WEITERE KOMMENTARE FÜR DAS UNTERNEHMEN)

" Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 o ochronie danych osobowych(Dz. U. nr 133, poz. 883)".

Moim podpisem poświadczam, że podane przez mnie informacje w formularzu są zgodne z prawdą.

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen verstanden habe und gewissenhaft und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.)

DATA (DATUM)

PODPIS (Unterschrift)