

PeZet Work  
58-506 Jelenia Góra  
Ul. Różyckiego 13/35  
Tel. 0048 792-159-554  
Email: [kontakt@pezetwork.pl](mailto:kontakt@pezetwork.pl)  
[www.pezetwork.pl](http://www.pezetwork.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/Sittern verwendet werden.)

Imię i nazwisko (Vorname und Nachname)

Data urodzenia (Geburtsdatum)

PESEL (ID-NUMMER)  
NR DOWODU OSOBISTEGO (PERSONAL AUSWEIS)

Telefon (Handy)

Stan cywilny (Familienstand)

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

WZROST (GRÖÖE):      WAGA (GEWICHT):

ADRES ZAMIESZKANIA (ADRESSE)

WYKSZTAŁCENIE (AUSBILDUNG)

WYUCZONY ZAWÓD (ERLERNTER BERUF)

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 SIE IN DEUTSCHLAND?)

TAK (JA)

NIE (NEIN)

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA NIEMIECKIEGO (DEUTSCHE SPRACHKENNTNISSE)

BRAK (NICHTS)

PODSTAWOWY (BASIC)

KOMUNIKATYWNY (KOMMUNIKATIV)

DOBRY (GUT)

BIEGŁY ((FLIESEND)

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 PFLEGEBRANCHE?)

**CZY POSIADA PAN(I) DOŚWIADCZENIE W PRACY Z OSOBAMI:**

(HABEN SIE ERFAHRUNG IN DER ARBEIT MIT PERSONEN)

1. Chorującymi na demencje? (Patienten mit Demenz)

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

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

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

3. Chorującymi na chorobę Parkinsona? (Patienten 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)

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

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

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

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

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

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

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

9. Chorującymi na osteoporozę? (Patienten mit Osteoporose)

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

10. Chorującymi na artretyzm? (Arthritis-Patienten)

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

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

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

12. Chorującymi na reumatyzm? ((Patienten mit Rheuma)

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

13. Pacjentami z dializą? (Dialyse Patienten)

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

14. Leżącymi osobami ? (Bettlägerige Patienten)

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

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

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

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 AB)

PREFEROWANY CZAS TRWANIA ZLECENIA (BEVORZUGTE DAUER DER TÄTIGKEIT)

CZY PODEJMIE SIĘ PANI/PAN OPIEKI NAD 2 OSOBAMI? (SIND SIE BEREIT, 2 PERSONEN ZU BETREUEN?)

TAK (JA)                      NIE (NEIN)

PREFEROWANA PŁEĆ PODOPIECZNEGO (DAS BEVORZUGTE GESCHLECHT DES PATIENT?)

KOBIETA (WEIBLICH)              MĘŻCZYZNA (MÄNNLICH)              OBOJĘTNIE (EGAL)

PROSZĘ OPISAĆ SIEBIE W KILKU ZDANIACH ( HOBBY, ZAINTERESOWANIA, CECHY CHARAKTERU... itp.

(Bitte beschreiben Sie sich in ein paar Sätzen. (Hobbys, Interessen, Charaktereigenschaften...usw.)

" 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 oświadczam, że podane przeze 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)