

Personalvorschlag unserer ausländischen Partneragentur



Mitarbeiterbeurteilung von Kufiks HS Pflegeagentur:

FAMILIENNAME: (nazwisko)		Miejsce na zdjęcie
VORNAME: (imię)		
FAMILIENSTAND (stan cywilny)	LEDIG/GESCHIEDEN Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (wolna/rozwiedziona) VERHEIRATET Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (zameżna) VERWITWET Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (wdowa)	
GEBURTSDATUM: (data urodzenia)		
NATIONALITÄT: (narodowość)	Polnisch	
EMAIL: (adres e-mail)		
ADRESSE: (adres)		

HANDYNUMMER: + 48 (numer telefonu komórkowego)	FESTNETZ: + 48 (numer stacjonarny)
RAUCHEN SIE ZIGARETTEN? (Czy pali Pan/i papierosy?)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
WÜRDEN SIE DARAUf VORZICHTEN / DRAUSEN RAUCHEN? (Czy jest Pan/i skłonny/a zrezygnować z palenia w domu podopiecznego /palić na zewnątrz?)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
LEIDEN SIE AN CHRONISCHEN O. ANSTECKENDEN KRANKHEITEN? (Czy choruje Pan/i , w tym choroby zakaźne) FALLS JA, WELCHE? (Jeśli tak, jakie?)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
SCHULBILDUNG: (wykształcenie)	BERUFSGRUNDSCHULE <input type="checkbox"/> (zawodowe) MITTLERE AUSBILDUNG <input type="checkbox"/> (średnie) HOCHSCHULBILDUNG <input type="checkbox"/> (wyższe)
MOMENTANE BESCHÄFTUGUNG: Betreuerin (Obecne zajęcie)	
WIE BEURTEILEN SIE IHRE DEUTSCHKENNTNISSE? (1-5, 1 = SEHR GUT) (Jak ocenia Pan/i swoją znajomość j.niemieckiego w skali 1-5? 1 = b.dobrze)	SPRECHEN: (w mowie) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	VERSTEHEN: (w rozumieniu) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	SCHREIBEN: (w piśmie) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

WO HABEN SIE DEUTSCH GELERNT? (Gdzie uczyła się Pan/i j. niemieckiego?)		IN DEUTSCHLAND <input type="checkbox"/> (w Niemczech)	
		IN DER SCHULE <input type="checkbox"/> (w szkole)	
		ZU HAUSE <input type="checkbox"/> (w domu)	
AUFENTHALT IN DEUTSCHLAND? (Czy przebywał/a Pan/i wcześniej w Niemczech?)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
FALLS JA, WIE LANGE? (Jeśli tak, jak długo?)			
BESITZEN SIE EINEN GÜLTIGEN FÜHRERSHEIN? (Czy posiada Pan/i prawo jazdy?)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
WÜRDEN SIE IN DEUTSCHLAND AUTOFAHREN? (Czy jest Pan/i gotowa jeździć na terenie Niemiec?)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
EINTRITTSTERMIN (termin rozpoczęcia)			
DAUER DES AUFENTHALTES (okres pobytu)		<input type="checkbox"/> 1 MONAT <input type="checkbox"/> 2 MONATE <input type="checkbox"/> 3 MONATE <input type="checkbox"/> LÄNGER ALS 3 MONATE	
DIE ZU BETREUENDE PERSON SOLLTE SEIN: (płeć osoby podopiecznej)	<input type="checkbox"/> WEIBLICH (kobieta)	<input type="checkbox"/> MÄNNLICH (mężczyzna)	<input type="checkbox"/> EGAL (obojętne)

EINFACHE PFLEGETÄTIGKEITEN: (proste czynności związane z opieką)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
KOCHKENNTNISSE: (umiejętność gotowania)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
GARTNERPFLEGE: (prace ogrodowe)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
VERSORGUNG VON HAUSTIEREN: (opieka nad zwierzętami domowymi)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
DIE PFLEGERIN HAT ERFARUNG MIT (opiekunka miała doświadczenie z) (bitte mit einem X kennzeichnen oder leer lassen – proszę odpowiednie zaznaczyć krzyżykiem)		
KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGTEN ERWACHSENEN (osoby dorosłe mające problemy fizyczne)	<input type="checkbox"/>	EINKÄUFE (zakupy) <input type="checkbox"/>
OSTEOPOROSE (Osteoporoza)	<input type="checkbox"/>	ZEITLICHEN DESORIENTIRUNG (czasowa dezorientacja) <input type="checkbox"/>
DEPRESSION (Depresja)	<input type="checkbox"/>	RÄUMLICHE DESORIENTIRUNG (czasowa dezorientacja) <input type="checkbox"/>
BETTLEGERIGEN PATIENTEN (osoby leżące)	<input type="checkbox"/>	NÄCHTLICHER SCHLAFUNTERBRECHUNG (wstawanie w nocy) <input type="checkbox"/>
UMGANG MIT ROLLSTUHL, ROLLATOR (porusza się na wózku inwalidzkim, za pomocą chodzika)	<input type="checkbox"/>	TAUB/BLINDE PERSON (osoba niesłysząca, niewidoma) <input type="checkbox"/>
LÄHMUNGEN (sparaliżowane / po wylewie)	<input type="checkbox"/>	PARKINSON <input type="checkbox"/>
DEMENTZ (demencja)	<input type="checkbox"/>	ALZHEIMER <input type="checkbox"/>
INKONTINENZ (nietrzymanie moczu, stolca)	<input type="checkbox"/>	DIABETES (cukrzyca) <input type="checkbox"/>
PAMPERS/ EINLAGEN/ WINDELN (zmiana pielucho majtek, wkładek)	<input type="checkbox"/>	DAUERKATHETER (osoba cewnikowana-wymiana woreczków na mocz) <input type="checkbox"/>
KREBSKRANHEITEN (choroby nowotworowe)	<input type="checkbox"/>	DIÄT (specjalistyczna dieta) <input type="checkbox"/>

KÖRPERHYGIENE (DER PATIENTEN WURDE GEWASCHEN, GEBADET) (chigiena ciała : mycie, kąpanie)	<input type="checkbox"/>	SONDEN-ERNÄHRUNG (karmienie przez sondę)	<input type="checkbox"/>
VORLESEN AUS EINEM BUCH / ZEITSCHRIFT (AUF DEUTSCH) (czytanie książki/ gazety po niemiecku)	<input type="checkbox"/>	ASTHMA (Astma)	<input type="checkbox"/>
WÄREN SIE BEREIT AUCH 2 PERSONEN GLEICHZEITIG ZU BETREUEN? (Jest Pani gotowa opiekować się 2 osobami naraz?) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Bitte stellen Sie sich kurz vor (Vor- und Nachname, Hobby, Familienstand, Ihre Stärken, Schwächen und Charakterzüge):			
<p>Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez firmę Kufiks HS z siedzibą w Czerwionce - Leszczynach oraz podmioty z nią współpracujące w postaci powyższej, do celów związanych z rekrutacją i marketingowych oraz zgodnie z ustawą z dnia 18.07.2002 r. (dz.u. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną na otrzymywanie informacji handlowych drogą elektroniczną.</p> <p>Oświadczam, że powyższe dane przekazuję dobrowolnie oraz przyjmuję do wiadomości, że mam prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawienia zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 (dz. U. 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.).</p>			
DATUM :	UNTERSCHRIFT :		

Wypełniony formularz prosimy o odesłanie (wraz z załączonym zdjęciem) na adres:

KUFIKS HS Sp. z o.o.

ul. 3-go Maja 64,

44-230 Czewrionka-Leszczyny