

## Curriculum Vitae

### Persönlichkeiten

<b>Vorname</b> (imię)		
<b>Name</b> (nazwisko)		
<b>Geburtsdatum</b> (data urodzenia)		
<b>Adresse</b> (adres)		
<b>FAMILIENSTAND</b> ( stan cywilny)		
<b>STAATSANGEHÖRIGKEIT</b> (obywatelstwo)		
<b>Kinder</b> (dzieci)		

### Weitere Informationen:

<b>Ausbildung</b> (wykształcenie)	
<b>Erlerner Beruf</b> (zawód wyuczony)	
<b>Zusatzqualifikationen</b> (dodatkowe kwalifikacje)	
<b>Momentane Beschäftigung</b> (obecne zajęcie)	

<b>Rauchen Sie Zigaretten?</b> (czy pali Pan/i papierosy)?	
<b>Gewicht</b> (waga)	
<b>Größe</b> (wzrost)	
<b>Trinken Sie regelmäßig Alkohol?</b> (czy pije Pan/i regularnie alkohol)?	

**Leiden Sie unter gesundheitlichen Allergien/chronischen Krankheiten?**

*(Czy cierpi Pan/i na jakieś alergię, chroniczne choroby)?*

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

*(czy przyjmuje Pan/i regularnie leki)?*

**Qualifikationen und Erfahrungen**

**Besitzen Sie einen Führerschein?**

*(czy posiada Pan/i prawo jazdy)?*

**Haben Sie Fahrpraxis?**

*(czy posiada Pan/i doświadczenie w prowadzeniu samochodu)?*

**Sind Sie bereit in Deutschland Auto zu fahren?**

*(czy jest Pan/i gotow/y/a jeździć samochodem w Niemczech)*

**Wie beurteilen Sie Ihre Deutschkenntnisse:1-5**

**(1=Grundkenntnisse, 5=sehr gut)**

*(znajomość j. niemieckiego: 1-5, 5- bardzo dobrze)*

**Sprechen** *(w mowie)*

**Schreiben** *(w piśmie)*

**Verstehen** *(w rozumieniu)*

**Wo und wie lange haben Sie Deutsch gelernt** *(gdzie i jak*

*długo uczył/a się Pan/i języka niemieckiego)?*

**Erfahrungen als Seniorenbetreuer/in, Altenpfleger/in oder Haushaltshilfe (wo, wie lange, wann, aus-geführte Tätigkeiten, Gesundheitszustand des Patienten. Bitte beschreiben Sie es**

**möglichst genau)** *(Doświadczenia jako opiekunka osób starszych, pomoc domowa; gdzie, jak długo, kiedy pracowała Pan/i jako opiekun/ka osób starszych. Proszę możliwie dokładnie opisać)*

**im Land** *(w kraju)*

**Sonstige Arbeiten im Ausland** *(za granicą, z opisaniem podopiecznych, na co chorowali, co należało da Pana/Pani obowiązków, kiedy odbywała się opieka):*

<b>Die zu betreuende Person kann sein:</b> <i>(płeć osoby podopiecznej):</i>		
<b>Weiblich</b> <i>(kobieta):</i>	<b>Männlich</b> <i>(mężczyzna):</i>	<b>Egal</b> <i>(obojętne):</i>
<b>Möglicher Antrittstermin</b> <i>(termin rozpoczęcia):</i>		
<b>Dauer des Aufenthaltes am Stück (nur ab 6 Wochen möglich, nicht kürzer),</b> <i>(okres jednorazowego pobytu – możliwość 6 tygodni, nie krócej):</i>		
<b>Ihre Stärken/Vorzüge</b> <i>(Pan/a/i zalety):</i>		
<b>Ihre Schwächen/Mängel</b> <i>(Pan/a/i wady):</i>		
<b>Können Sie in den Weihnachtsferien arbeiten?</b> <i>(czy może Pan/i pracować w Święta Bożego Narodzenia)?</i>		
<b>Können Sie an Ostern arbeiten??</b> <i>(czy może Pan/i pracować w Wielkanoc?)</i>		
<b>Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Charakterzüge</b> <i>(Proszę krótko opisać swoje cechy charakteru):</i>		

<b>Wünsche und Erwartungen</b> <i>(życzenia i oczekiwania):</i>		
<b>Wen möchten sie betreuen? (mehrere angaben möglich):</b> <i>(z kim chciałaby Pan/i pracować, można zaznaczyć kilka)</i>		
	<b>Ja</b> <i>(Tak)</i>	<b>Nein</b> <i>(Nie)</i>
DEMENTZKRANKEN <i>(demencja)</i>		
ZWEI ZUSAMMENLEBENDE PERSONEN <i>(dwóch pacjentów)</i>		
BETTLÄGERIGE PATIENTEN <i>(pacjenci leżący)</i>		
UMGANG MIT ROLLSTUHL <i>(wózek inwalidzki)</i>		
LÄHMUNGEN <i>(paraliże)</i>		
INKONTINENZ <i>(nietrzymanie moczu)</i>		
WINDELN <i>(pampersy)</i>		
SCHLAGANFALL <i>(wylew)</i>		
HERZINFARKT <i>(zawał)</i>		
BLUTHOCHDRUCK <i>(nadciśnienie/niedociśnienie)</i>		
KNOCHENBRUCH <i>(złamania)</i>		
OSTEOPOROSE <i>(osteropoz)</i>		
DEPRESSION <i>(depresja)</i>		
RHEUMA <i>(reumatyzm)</i>		
ALLERGIEN <i>(alergie)</i>		
STOMA <i>(stomia)</i>		
EINKAUF <i>(zakupy)</i>		
ZEITLICHE <i>(czasowa desorientacja)</i>		
RÄUMLICHE DESORIENTIERUNG <i>(przestrzenna)</i>		
NÄCHTLICHE SCHLAFUNTERBRECHUNG <i>(wstawanie w nocy)</i>		
INFEKTIÖSE KRANKHEITEN <i>(choroby zakaźne)</i>		

PARKINSON ( <i>parkinson</i> )		
ALZHEIMER ( <i>alzheimer</i> )		
DIABETES ( <i>cukrzyca</i> )		
DAUERKATHETER ( <i>cewnik</i> )		
DIÄT ( <i>dieta</i> )		
SONDENERNÄHRUNG ( <i>odżywianie przez sondę</i> )		
TUMOR/KREBSERKRANKUNGEN ( <i>rak</i> )		
SPAZIERGÄNGE ( <i>spacery</i> )		
KÖRPERHYGIENE DES PATIENTEN ( <i>higiena ciała</i> )		
TAUB/BLINDE PERSON ( <i>niewidzące/głuche osoby</i> )		
MULTIPLE SKLEROSE ( <i>stwardnienie rozsiane</i> )		
DEKUBITUS ( <i>odleżyny</i> )		
ASTHMA ( <i>astma</i> )		
HERZSCHRITTMACHER ( <i>rozrusznik serca</i> )		
AMYOTROPHE LATERALSKLEROSE ( <i>stwardnienie zanikowe</i> )		
PSYCHISCHE KRANKHEITEN ( <i>choroby psychiczne</i> )		
EINKAUF ( <i>zakupy</i> )		
VORLESEN AUF DEUTSCH ( <i>czytanie po niemiecku</i> )		

<b>Pani/ Pana dane kontaktowe</b>	
nr tel.	
ades e-mail	

<b>Proszę o dodanie:</b>
<b>Zdjęcia (kolorowego, dodatkowo można dodać zdjęcie ze swoją rodziną lub poprzednim podopiecznym, wtedy rosną szanse u rodziny niemieckiej)</b>
<b>Referencji ( jeśli takie się posiada) od podopiecznych (rodzin niemieckich lub polskich) lub byłego pracodawcy</b>

<b>Skąd się Pani dowiedziała o Agencji Zatrudnienia StartWork?</b>	
Spotkanie informacyjne	
Plakat/ bilbord	
Reklama prasowa	
Ulotka	
Z polecenia (znajomi, nasi pracownicy)	
Internet (jaka strona www)	