

NAME (nazwisko)		ZDJĘCIE
VORNAME (imię)		
GEBURTSDATUM (data urodzenia)		
FAMILIENSTAND (stan cywilny)		
STAATSANGEHÖRIGKEIT (obywatelstwo)		
RELIGION (wyznanie)		
GRÖßE CM (wzrost/ cm)		
GEWICHT KG (waga/ kg)		
HABEN SIE ALLERGIEN? (Czy ma Pan/ Pani alergię?)		
IHR GESUNDHEITZUSTAND (Pana/ Pani aktualny stan zdrowia)		
RAUCHEN SIE? (Czy jest Pan/ Pani osobą palącą?)		
HABEN SIE FÜHRERSCHEIN? (Czy ma Pan/ Pani prawo jazdy?)		
IHRE AUSBILDUNG (wykształcenie)		
ERLERNTER BERUF (wyuczony zawód)		
MOMENTANE BESCHÄFTIGUNG (aktualne zajęcie)		
AB WANN MÖCHTEN SIE ARBEITEN? (gotowość do podjęcia pracy w Niemczech)		
DAUER DES AUFENTHALTES (czas pobytu w Niemczech, np. 1,5/ 2-3 m-ce)		
DEUTSCHKENNTNISSE (znajomość języka niemieckiego)		

SIE HABEN ERFAHRUNG MIT: (z czym miał Pan/ Pani do czynienia podczas pracy jako opiekun/-ka - **zaznaczyć X lub podkreślić**)

BEEINTRÄCHTIGE ERWACHSENE (dorośli)		ZEITLICHE (czasowa desorientacja)	
BEEINTRÄCHTIGE JUGENDLICHE (młodzież)		RÄUMLICHE DESORIENTIERUNG (przestrzenna)	
BEEINTRÄCHTIGE KINDER (dzieci)		NÄCHTLICHE SCHLAFUNTERBRECHUNG (wstawanie w nocy)	
BETTLÄGERIGE PATIENTEN (pacjenci leżący)		INFEKTIÖSE KRANKHEITEN (choroby zakaźne)	
UMGANG MIT ROLLSTUHL (wózek inwalidzki)		PARKINSON (parkinson)	
LÄHMUNGEN (paraliże)		ALZHEIMER (alzheimer)	
DEMENZ (demencja)		DIABETES (cukrzyca)	
INKONTINENZ (nierzywanie moczu) VOLLINKONTINENZ		DAUERKATHETER (cewnik)	
PAMPERS (pampersy)		DIÄT (dieta)	
EINKAUF (zakupy)		SONDENERNÄHRUNG (odżywianie przez sondę)	
SCHLAGANFALL (wylew)		TUMOR/KREBSERKRANKUNGEN (rak)	
HERZINFARKT (zawał)		SPAZIERGÄNGE (spacery)	
BLUTHOCHDRUCK (nadciśnienie/ niedociśnienie)		KÖRPERHYGIENE DES PATIENTEN (higiena ciała)	
KNOCHENBRUCH (złamania)		TAUB/BLINDE PERSON (niewidzące/głuche osoby)	
OSTEOPOROSE (osteropoz)		MULTIPLE SKLEROSE (stwardnienie rozsiane)	
DEPRESSION (depresja)		DEKUBITUS (odleżyny)	
RHEUMA (reumatyzm)		ASTHMA (astma)	
VORLESEN AUF DEUTSCH (czytanie po niemiecku)		HERZSCHRITTMACHER (rozrusznik serca)	
ALLERGIEN (alergie)		AMYOTROPHE LATERALSKLEROSE (stwardnienie zanikowe)	
STOMA (stomia)		PSYCHISCHE KRANKHEITEN (choroby psychiczne)	

WÄREN SIE BEREIT, AUCH 2 PERSONEN (EHEPAAR) GLEICHZEITIG ZU BETREUEN? *NEIN *JA

(Czy byłby Pan/ Pani gotowy/-a podjąć opiekę nad 2 osobami?)

DIE ZU BETREUENDE PERSON (kim chce się Pan/ Pani opiekować) WEIBLICH/ MAENLISCH / EGAL (obojętnie)

SONSTIGE FÄHIGKEITEN AUSSER HAUSHALTSARBEITEN (inne czynności z zakresu obowiązków domowych)

*LEICHTE HAUSARBEITEN (drobne prace domowe)

* GARTNERPFLEGE (pielęgnacja ogrodu)

*KOCHKENNTNISSE SOWIE BACKEN (gotowanie/ pieczenie)

* VERSORGUNG VON HAUSTIEREN (opieka nad zwierzętami)

Proszę o krótki opis Pana/ Pani doświadczenia w opiece (w języku polskim).

