

„LAURA-PROFI“ USŁUGI
Barbara Jędrzejewska
ul. 8-Maja 4
11-700 Mrągowo

e-mail: laura-profi@wp.pl
www.opiekaosobstarszych.pl
tel. + 48 89 672 70 60
kom. + 48 793 190 274

Opiekun osób starszych – ankieta osobowa

| | | |
|--|------------------------|-------------|
| Imie i nazwisko: | | Foto |
| | | |
| Data urodzenia: | | |
| | | |
| Miejsce urodzenia | | |
| | | |
| Stan cywilny: | Dzieci: | |
| | | |
| Adres zamieszkania: | | |
| | | |
| Email: | | |
| | | |
| Telefon | | |
| Stacjonarny: | Komórkowy: | |
| | | |
| Wzrost: | Waga: | |
| | | |
| Wykształcenie: | Zawód wyuczony: | |
| | | |
| Dodatkowe kwalifikacje: | Obecne zajęcie: | |
| | | |
| Czy pali Pan/i papierosy? | | |
| | | |
| Jeżeli tak, to czy jest Pan/i gotowy(a) zrezygnować z palenia w domu podopiecznego/j? | | |
| | | |
| Czy pije Pan/i regularnie alkohol? | | |
| | | |
| Czy cierpi Pan/i na jakieś zdrowotne ograniczenia, alergie, chroniczne choroby? | | |
| | | |

| | | |
|--|--|------------------|
| Czy przyjmuje Pan/i regularnie tabletki etc.? | | |
| | | |
| Czy posiada Pan/i prawo jazdy? | Czy posiada Pan/i doświadczenie w prowadzeniu samochodu)? | |
| | | |
| Czy jest Pan/i gotowy(a) jeździć samochodem razem z podopiecznym/podopieczną na zakupy, do lekarza etc.? | | |
| | | |
| Doświadczenia jako opiekunka osób starszych, pomoc domowa; gdzie, jak długo, kiedy pracował(a) Pan/i jako opiekun(ka) osób starszych. Proszę możliwie dokładnie opisać) | | |
| | | |
| Płeć osoby podopiecznej: | | |
| Kobieta: | Mężczyzna: | Obojętne: |
| | | |
| Termin rozpoczęcia: | | |
| | | |
| Referencje i świadectwa | | |
| | | |
| Życzenia i oczekiwania | | |
| | | |

Doświadczenie zdobyte w zakresie:

***właściwą odpowiedź zakresł „X“**

| | | |
|---|------------|-----|
| Postępowania z Pacjentem chorym na Alzheimera | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem chorym na demencję | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem chorym na zaburzenia pamięci i orientacji | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem z chorobą Parkinsona | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem z cukrzycą | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem z zaburzeniami rytmu serca | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem z nadciśnieniem tętniczym | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem po wylewie | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem po zawale | Tak | Nie |
| Postępowanie z Pacjentem z paraliżem | Tak | Nie |
| Postępowanie z Pacjentem z upośledzeniem ruchowym | Tak | Nie |
| Postępowanie z Pacjentem poruszającymi się na wózku | Tak | Nie |
| Postępowanie z Pacjentem leżącym | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem cewnikowanym | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem z inkontynencją korzystającego z pampersów/wkładek | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem z objawami depresji/nerwicy | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem z Astmą | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem potrzebującym pomocy w nocy | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem wymagającym karmienia | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem z chorobami starczymi/osłabieniem starczym | Tak | Nie |
| Postępowania z Pacjentem z nowotworem | Tak | Nie |
| Postępowania z 2 Pacjentami do opieki pod warunkiem przedstawienia dodatkowych należności finansowych | Tak | Nie |
| | | |
| Prowadzenia gospodarstwa domowego, w tym utrzymania w czystości gospodarstwa domowego | Tak | Nie |
| Prania i prasowania, robienia zakupów, zmywania naczyń, zmiana pościeli, mycie okien, obsługa AGD | Tak | Nie |
| Przygotowywania potraw i posiłków w formie łatwej do przyjęcia przez Podopiecznego | Tak | Nie |
| Opieka nad zwierzętami domowymi, podlewanie roślin domowych | Tak | Nie |
| Dbanie o ogród (w podstawowym zakresie) | Tak | Nie |
| Uwzględnienie obecności członka rodziny zamieszkującego z Podopiecznym, nie będącego do opieki | Tak | Nie |
| Pielęgnacja ciała (mycie, kąpiel, pomoc w korzystaniu z prysznica, pielęgnacja zębów, czesanie, golenie) | Tak | Nie |
| Pomoc przy czynnościach fizjologicznych | Tak | Nie |
| Dbłość o zapewnienie komfortu i higieny Podopiecznego | Tak | Nie |
| Dbłość o właściwe odżywianie i przestrzeganie ew. zaleconych diet | Tak | Nie |
| Asystowanie przy spacerach i innych aktywnościach Podopiecznego | Tak | Nie |
| Pomoc przy przemieszczaniu się, wstawianiu, chodzeniu, chodzeniu po schodach, przejściu do toalety i łóżka | Tak | Nie |
| Pomoc przy ubieraniu i rozbieraniu oraz wybór i szykowanie czystej garderoby | Tak | Nie |
| Uzgodnień wizyt i terminów lekarskich, dotrzymywanie towarzystwa | Tak | Nie |
| Jeżdżenie samochodem w celu realizacji powyższych czynności | Tak | Nie |

Dodatkowe informacje

| |
|--|
| Pana/i zainteresowania |
| |
| Pana/i zalety |
| |
| Pana/i wady |
| |
| Proszę krótko opisać swoje cechy charakteru |
| |

Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym kwestionariuszu, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dn.29.08.97 o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust nr 133 pozycja 883). Jednocześnie oświadczam, iż znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy (art. 271 § 1 k.k.).

| Data | Podpis |
|-------------|---------------|
| | |