

Zs & H 2010 Kft Budapest

FOTO

PROFIL DES BEWERBERS

Wir bitten Sie, das Profil **in deutscher Sprache** auszufüllen.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname und Familienname		Titel	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Geburtsnummer	Personalausweisnummer	Rentenbezieher <input type="checkbox"/> Ja ! <input type="checkbox"/> Nein !	
Kontaktadresse			
Kontaktperson im Notfall + Tel. Nummer			
Handy		Festnetz	
E-mail		Andere Kontakten	
Anzahl der Kinder und das Alter der Kinder			
Familienstand		Rauchen Sie? Wieviel /Tag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Führerschein (ja, nein) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Euro Klassen		Fahrpraxis <input type="checkbox"/> gute <input type="checkbox"/> befriedigende <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> keine	
Kontonummer /Bank, Kontonummer, Währung/			
Name der Krankenversicherungsanstalt			
Verfügbarkeit ab wann			
Bis wann wollen Sie im Ausland bleiben?			

SPRACHKENNTNISE

Sprache	Stufe 1-4	
Deutsch		1.GRUNDkenntnisse – ich beherrsche nur beschränktes Wortschatz
English		2.MITTLERE Kenntnisse – ich kann nur einfache Redensarten bewältigen
Französisch		3.GUT – ich kann ein aktives Alltagsgespräch führen
Ungarisch		4.SEHR GUT – ich kann problemlos alle Situationen bewältigen
Andere:		

ERREICHTE AUSBILDUNG

<input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Mittelschule Fachrichtung <input type="checkbox"/> ohne Abitur <input type="checkbox"/> mit Abitur <input type="checkbox"/> Hochschule/Universität: Fachrichtung:
PFLEGEKURS <input type="checkbox"/> ja Wann haben Sie den Kurs absolviert Dauer des Kurses <input type="checkbox"/> nein
WEITERE KURSEN UND SCHULUNGEN:
VORHERIGE BESCHÄFTIGUNG:

ERFAHRUNGEN MIT BETREUUNG (SKÚSENOSTI S OPATROVANÍM)

Wo haben Sie die Erfahrungen mit Betreuung erworben?		
Land		Wie lange
Deutschland	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Altersheim <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige	
Österreich	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Altersheim <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige	
Andere	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Altersheim <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige	

Die Erkrankungen von Menschen, die Sie betreut haben – kreuzen Sie an:															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Altersdemenz</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Schlaganfall</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alzheimerkrankheit</td> <td><input type="checkbox"/> Dekubitus / offene Wunden</td> <td><input type="checkbox"/> Katheter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parkinson</td> <td><input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Herzerkrankung</td> <td><input type="checkbox"/> PEG-Sonde</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Depression</td> <td><input type="checkbox"/> bettlägeriger Patient</td> <td><input type="checkbox"/> Krebs / Tumor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> geistige Behinderung</td> <td><input type="checkbox"/> Rollstuhl / Rollator</td> <td><input type="checkbox"/> Inkontinenz</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Altersdemenz	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Alzheimerkrankheit	<input type="checkbox"/> Dekubitus / offene Wunden	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> bettlägeriger Patient	<input type="checkbox"/> Krebs / Tumor	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> Rollstuhl / Rollator	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Altersdemenz	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schlaganfall													
<input type="checkbox"/> Alzheimerkrankheit	<input type="checkbox"/> Dekubitus / offene Wunden	<input type="checkbox"/> Katheter													
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde													
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> bettlägeriger Patient	<input type="checkbox"/> Krebs / Tumor													
<input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> Rollstuhl / Rollator	<input type="checkbox"/> Inkontinenz													
Sonstige:															

WEITERE ERFAHRUNGEN

KOCHEN - Wie bewerten Sie Ihre Kochfähigkeiten?

- Sehr gut –ich koche täglich für eigene Familie und kann vielfältige Gerichte zubereiten
- Gut – kann die meisten warmer Gerichte zubereiten
- Ausreichend – kann einfache warme Gerichte und vom Halbprodukten Essen zubereiten
- Gering – hat nur wenige Erfahrungen mit Kochen, kann nur kalte Gerichte zubereiten

LEICHTE GARTENARBIETEN- Sind Sie bereit auch für leichte Gartenarbeit bei dem Kunden?

- Ja, ich wohne im Familienhaus und Gartenarbeiten mache ich gerne
- Ich wohne in der Wohnung aber leichte Gartenarbeiten machen mir kein Problem
- Nein, ich will nicht im Garten arbeiten

SONSTIGE TATSACHEN (INÉ SKUTOČNOSTI)

Kreuzen Sie bitte maximal 3 Eigenschaften an, die Sie am besten charakterisieren

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Energisch | <input type="checkbox"/> Kommunikativ |
| <input type="checkbox"/> Geduldig | <input type="checkbox"/> Empatisch |
| <input type="checkbox"/> Anpassungsfähig | <input type="checkbox"/> Hartnäckig |
| <input type="checkbox"/> Ruhig | <input type="checkbox"/> Zuverlässig |
| <input type="checkbox"/> Ordentlich | <input type="checkbox"/> Empfindlich |

Hobbies:

Warum wollen Sie im Ausland arbeiten?

Wie ist Ihre Gehaltvorstellung bei voller Verpflegung und ohne Wohnkosten? (Minimum)

Können Sie auch einen Mann pflegen?

- Ja Nein

Welche Patienten konnten Sie pflegen? Kreuzen Sie bitte bei jeder Möglichkeit ja ODER nein an.

Duševne v poriadku	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Mobilný pacient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kontinentný pacient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Starecká demencia	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pacient s rolátorom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Inkontinentný pacient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Alzheimer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pacient na vozičku	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pacient s katétrom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Parkinson	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ležiaci pacient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pacient s PEG sondou	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

GEWERBE

Gewerbeschein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Ja in welchem Staat:
Gewerbe:	Registernummer:
VSNR:	Tag der Gewerbeanmeldung:
Gewerbestandort (vollständige Adresse) :	Aktueller Stand <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> unterbrochen Falls unterbrochen, ab wann:

GESUNDEITLICHER ZUSTAND (ZDRAVOTNÝ STAV)

Wie ist Ihr Gesundheitszustand?
Allergien/Erkrankungen (kreuzen Sie an) Stauballergie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Tierenallergie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Andere:

REFERENZEN

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, schriftliche <input type="checkbox"/> Ja, mündliche Name der Familie Telefonnummer: Falls Sie Referenzen von den vorrigen Familien haben, senden Sie sie, bitte, mit dem ausgefüllten Profil an uns.
--

WICHTIG

Wo haben Sie von uns erfahren?

ANMERKUNGEN

--

Ich bestätige, dass alle obengenannte Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum

Unterschrift