

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

DANE OSOBISTE

Nazwisko	
Imię	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Nazwisko panieńskie	
Waga / Wzrost	
Stan Cywilny	
Nr komórkowy	
Nr stacjonarny	
E-mail	
Ulica, nr domu	
Kod pocztowy, miejscowość zamieszkania	
Zawody / Wykształcenia	
Wykonywany zawód	
Jak ocenia Pan/i swoją znajomość języka?	
Od kiedy jest Pan/i dyspozycyjny/a?	
Jak długo chce Pan/i pracować?	

PAŃSKIE ŻYCZENIA

	TAK	NIE
Opieka nad 2 pacjentami?		
Opieka nad kobietą?		
Opieka nad mężczyzną?		
Opieka nad osobą leżącą?		
Pomoc w podstawowych czynnościach pielęgnacyjnych?		
Pomoc w domu np. sprzątanie, gotowanie, zakupy?		

PAŃSKIE DOŚWIADCZENIA W OPIECE

	TAK	NIE	JAK DŁUGO
Zmiana pampersów?			
Trudności z chodzeniem?			
Stomia?			
Demencja?			
Parkinson?			
Inkontynencja?			
Nowotwór?			
Alzheimer?			
Depresja?			
Stwardnienie rozsiane?			

PAŃSKIE DOŚWIADCZENIA W OPIECE

	TAK	NIE	JAK DŁUGO
Cukrzyca?			
Choroby serca?			
Zawał?			
Astma?			
Reumatyzm?			
Mobilizacja pacjenta?			
Opieka nad osobą w wózku inwalidzkim?			

O Panu/i

	TAK	NIE
Czy ma Pan/i dzieci?		
W jakim wieku?		
Czy cierpi Pan/i na przewlekłe choroby?		
Czy ma Pan/i jakieś alergie?		
Czy ma Pan/i prawo jazdy?		
Czy pali Pan/i papierosy?		
Czy pije Pan/i alkohol?		
Ile alkoholu dziennie spożywa Pan/i?		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych
Moim podpisem potwierdzam właściwość moich wypowiedzi.