

ANKIETA

WYPEŁNIA OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O PRZYJĘCIE DO OŚRODKA

- *Prosimy o uważne przeczytanie ankiety.*
- *Rzetelne informacje pozwolą dobrze zaplanować Pani (a) pobyt na turnusie rehabilitacyjnym.*
- *Odpowiedzi prosimy oznaczać zakreślając odpowiednie pole*
- *Jeżeli nie masz możliwości wypełnić ankietę samodzielnie, to poproś o pomoc osobę z Twojego otoczenia.*

Nazwisko i imię.....

Adres zamieszkania

Telefon

PESEL

Waga (podać orientacyjną masę ciała)

Wzrost

Od kiedy Pan (i) choruje na stwardnienie rozsiane? Prosimy podać rok

1. Czy pracuje Pan(i) zawodowo?

- tak nie

Mam rentę inwalidzką od roku

2. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy w łóżku?

- przy przewracaniu z boku na bok
- przy zmianie pozycji z leżącej na siedzącą
- przy niektórych innych zmianach pozycji - prosimy podać jakich

3. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy przemieszczaniu się?

• z łóżka na wózek:

- tak, zawsze tak, czasami nie

• z wózka na łóżko:

- tak, zawsze tak, czasami nie

• z wózka na sedes:

- tak, zawsze tak, czasami nie

- jestem we wszystkich tych czynnościach samodzielny (a)

4. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy myciu i higienie osobistej?

- potrzebuję całkowitej pomocy
- potrzebuję pomocy przy takich czynnościach jak: (prosimy wymienić kilka)
-

- nie potrzebuję żadnej pomocy

5. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy posiłkach? tak, całkowitej pomocy

- pomocy częściowej, przy takich czynnościach jak:
- nie potrzebuję żadnej pomocy

6. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy ubieraniu?

• dolnej połowy ciała:

- potrzebuję całkowitej pomocy
- potrzebuję częściowej pomocy
- nie potrzebuję żadnej pomocy

• górnej połowy ciała:

- potrzebuję całkowitej pomocy
- potrzebuję częściowej pomocy
- nie potrzebuję żadnej pomocy

7. Czy może Pan(i):

• chodzić całkiem samodzielnie?

- tak, mogę przejść dystans około metrów
- nie

• chodzić przy pomocy?

- kul balkonika laski drugiej osoby

• stać?

- samodzielnie przy pomocy kul, balkonika, trzymając się poręczy
- podtrzymywany(a) przez drugą osobę nie mogę w ogóle stać

• siedzieć?

- tak mogę jedynie leżeć

8. Ile metrów możesz przejść do pierwszych objawów zmęczenia

9. W domu poruszam się przy pomocy:

wózka balkonika kul laski

w inny sposób - jaki?

10. Poza domem poruszam się przy pomocy:

wózka balkonika kul laski

w inny sposób - jaki?

11. Praktycznie nie opuszczam mieszkania z następujących powodów:

12. Czy ma Pan(i) odleżyny?

tak nie

13. Czy ma Pan(i) kłopoty z czynnościami fizjologicznymi?

mam stale mam czasami nie mam żadnych

14. Używam cewnika:

cały czas okresowo nie używam

15. Używam pieluch:

codziennie okresowo nie używam

16. Czy ma Pan(i) kłopoty:

• **z pamięcią:**

tak, duże tak, czasami nie mam

• **ze słuchem:**

tak, duże tak, czasami nie mam

• **z mówieniem:**

tak, duże tak, nieznaczne tak, czasami nie mam

17. Inne informacje, które chciałby (chciałaby) Pan(i) przekazać:

.....
.....
.....
.....

Data wypełnienia :

Podpis: