

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 .....

ul. ....

Telefon (ew. inny kontakt) .....

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       Grupa KIZ

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 (chciałyby) Pan(i) przekazać: .....**

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

Data wypełnienia ankiety: ..... Podpis: .....