

ANKIETA CZĘŚĆ I

WYPEŁNIA OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O PRZYJĘCIE NA POBYT WRAZ Z REHABILITACJĄ
LUB OSOBA UPOWAŻNIONA AKTEM NOTARIALNYM PRZEZ OSOBĘ UBIEGAJĄCĄ SIĘ
O POBYT WRAZ Z REHABILITACJĄ

- *Prosimy o uważne przeczytanie ankiety i rzetelne informacje, które pozwolą dobrze zaplanować Pani (a) pobyt wraz z rehabilitacją.*
- *Odpowiedzi prosimy oznaczać zakreślając odpowiednie pole lub uzupełniając odpowiednie rubryki*

Nazwisko i imię

Adres.....

ul.

Telefon do pacjenta

Telefon do rodziny, osoby upoważnionej.....

Adres email.....

PESEL

Waga..... (podać orientacyjną masę ciała), Wzrost.....

Rozpoznanie choroby głównej (podaj na co chorujesz: SM, SLA, choroba parkinsona, udar itp.)

.....
.....

Wymień choroby współistniejące dodatkowe.....

.....

Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej? tak nie

Jeśli tak to jakiej?.....

Rok zachorowania lub postawienia diagnozy choroby głównej.....

Przyjmowane leki na stałe.....

.....

.....

Aktywność zawodowa

tak nie renta emerytura

Jeżeli pracujesz to w jakim zawodzie.....

OCENA STANU FUNKCJONALNEGO PACJENTA

1. Czy może Pan(i):

- chodzić całkiem samodzielnie?
 - tak, mogę przejść dystans około metrów do pierwszych objawów zmęczenia
 - nie_
- chodzić przy pomocy?
 - kul balkonika laski drugiej osoby nie
 - mogę przejść dystans (przy pomocy) okołometrów do pierwszego zmęczenia
 - chodzić po schodach? tak nie przy pomocy
 - stać? samodzielnie przy pomocy kul, balkonika, trzymając się poręczy
 - podtrzymywany(a) przez drugą osobę nie mogę w ogóle stać
 - mogę stać około.....minut do pierwszego zmęczenia
 - siedzieć bez podporu ? tak nie
 - siedzieć z podporem ? tak nie

2. W domu poruszam się przy pomocy:

- wózka balkonika kul laski samodzielnie
- w inny sposób - jaki?

3. Poza domem poruszam się przy pomocy

- samodzielnie laski kul balkonika wózka

4. 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 toaletę: tak, zawsze tak, czasami nie

5. 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

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

7. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy posiłkach?

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

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

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

.....

9. Używam cewnika:

cały czas, proszę podać jaki..... okresowo nie używam

10. Używam pieluch: codziennie okresowo nie używam

11. Czy ma Pan(i) odleżyny lub/i owrzodzenia lub/i inne zmiany skórne? tak nie

12. Czy ma Pan (i) problemy z polykaniem tak nie

jeśli tak, to czym najczęściej się zachłystuje?

- własną śliną wodą , płynami pokarmami stałymi
- żywiony w inny sposób (podaj w jaki inny sposób jesteś żywiony(a)).....

13. Czy ma Pan (i) problemy z osłabieniem funkcji oddechowych?

- tak nie nie wiem

14. Czy odczuwa Pan (i) obniżenie nastroju bez wyraźnego powodu?

- często rzadko nigdy

15. Czy ma Pan (i) trudności w orientacji przestrzennej - poruszaniu w nowym miejscu?

- tak nie czasami

16. Czy w ciągu ostatnich miesięcy znacznie stracił(a) Pan (i) na wadze?

- tak nie

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

Powyższe informacje składam świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Data wypełnienia ankiety: Podpis: