

ANKIETA WSTĘPNA DOTYCZĄCA ZDROWIA UCZESTNIKA PROJEKTU „RAZEM TWORZYMYS DOBRO”

.....
Imię i nazwisko Uczestnika Projektu

.....
Adres

1) Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)?

tak ☐ nie ☐

2) Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu?

tak ☐ nie ☐

3) Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?

tak ☐ nie ☐

Jeśli tak to na co:

.....
.....

4) Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwnkrzepliwe):

tak ☐ nie ☐

Jeśli tak to jakie:

.....

5) Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?

tak ☐ nie ☐

6) Jak często wychodzi Pan/i z domu?

☐ rzadziej niż raz w tygodniu

☐ raz w tygodniu

☐ nie wychodzę

☐ codziennie

7) W jakim celu najczęściej wychodzi Pan/i domu?

- ☐ nie wychodzę ☐ zakupy ☐ lekarz
☐ rehabilitacja ☐ spotkania z rodziną/znajomymi ☐ inne

8) Czy ma Pan/i trudności z poruszaniem się po schodach?

- ☐ tak ☐ nie ☐ nie chodzę

9) Kto pomaga Pan/i w wyjściach poza miejsce zamieszkania?

- ☐ Nie wychodzę ☐ rodzina/znajomi
☐ rehabilitant ☐ inni

10) Jak często ma Pan/i wizyty lekarskie/specjalistyczne?

- ☐ nie chodzę do lekarza ☐ codziennie
☐ raz w tygodniu ☐ rzadziej niż raz w tygodniu

11) Czy korzysta Pan/i z pomocy najbliższych/znajomych/Opieki Społecznej przy codziennej toalecie/ubieraniu się?

- tak ☐ nie ☐

12) Jak często spożywa Pan/i posiłki w ciągu dnia?

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

13) Czy przygotowuje Pan/i samodzielnie posiłki?

- ☐ tak ☐ nie

14) Czy stosuje Pan/i zdrową/urozmaiconą dietę (warzywa, owoce, produkty pełnoziarniste)?

- ☐ tak ☐ nie

15) Czy spożywa Pan/i regularne posiłki?

- ☐ tak ☐ nie

16) Czy samodzielnie spożywa Pan/i posiłki?

- ☐ tak ☐ nie

17) Czy pali Pan(i) tytoń?	
☐ tak	☐ nie
Jeśli tak, to ile i od kiedy:	
18) Czy pije Pan(i) alkohol?	
☐ tak	☐ nie
19) Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki?	
☐ tak	☐ nie
20) Czy czuje się Pan/i szczęśliwa?	
☐ tak	☐ nie
21) Czy odczuwa Pan/i samotność?	
☐ tak	☐ nie
22) Czy jest Pan/i usatysfakcjonowana ze swojego życia rodzinnego?	
☐ tak	☐ nie
23) Czy wyjawia Pan/i aktywność w określonych grupach społecznych (koło gospodyń, grupy przykościelne, sąsiedzkie, Uniwersytety Trzeciego Wieku, itp.)	
☐ tak	☐ nie
24) Jak ocenia Pan/i swoją umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresowych?	
☐ nie mam sytuacji stresowych	☐ nie radzę sobie
☐ radzę sobie	☐ trudno powiedzieć
25) Czy czuje się Pan/i wyizolowana/wyobcowana od świata zewnętrznego?	
☐ tak	☐ nie

26) Czy ma Pan/i znajomych/przyjaciół?

☐ tak

☐ nie

27) Czy uprawia Pan/i sport/ uczęszcza na zajęcia ruchowe?

☐ tak

☐ nie

28) Czy ma Pan/i jakieś zainteresowania/hobby?

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak,

jakie?.....

29) Jak spędza Pan/i czas wolny?

☐ nic nie robię

☐ telewizor

☐ spacer

☐ książka

☐ zajęcia ruchowo-rehabilitacyjne

☐ spotkania z rodziną

☐ inne

30) Jak radzi Pan/i sobie z wykonywaniem czynności życia codziennego (spożywanie posiłków, toaleta, ubieranie się)?

☐ dobrze

☐ źle

☐ trudno powiedzieć

31) Czy korzysta Pan/i z pomocy innych osób w robieniu zakupów, chodzeniu na wizyty lekarskie, do apteki?

☐ tak

☐ nie

32) Czy czuje się Pan/i zapomniana przez najbliższych i społeczeństwo lokalne?

☐ tak

☐ nie

33) Jak czuję się Pan/i w środowisku lokalnym?

☐ akceptowany/a

☐ nieakceptowany/a

☐ lekceważony/a

☐ dyskryminowany/a

☐ niezrozumiany/a

☐ wyizolowany/a

☐ niepotrzebny/a

☐ potrzeby/a

34) Co sprawia Panu/i największą trudność w codziennym życiu?

- ☐ ubieranie się ☐ poruszanie się ☐ spożywanie posiłków
☐ toaleta ☐ inne ☐ wychodzenie z domu

Jeśli inne,

jakie?.....

35) Jakich form wsparcia w najbliższym otoczeniu najbardziej Panu/i brakuje?

- ☐ pomoc w załatwianiu spraw urzędowych ☐ finansowej
☐ pomoc psychologiczna/praca socjalna ☐ usługi opiekuńcze
☐ wsparcie asystenta osób niepełnosprawnych ☐ inne

Jeśli inne,

jakie?.....

36) Czy dostępna przez Pana/ią forma wsparcia medycznego zaspokaja Pana/i potrzeby zdrowotno- egzystencjalne?

- ☐ tak ☐ nie

.....

Podpis uczestnika