

INNOWACYJNE NARZĘDZIE DO OCENY SYTUACJI I POTRZEB OPIEKUNA NIESAMODZIELNEGO SENIORA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkaniadata urodzenia

Proszę określić sytuację na przestrzeni ostatniego tygodnia i podkreślić odpowiedzi, które Pana/i dotyczą, zwracając uwagę, że najwyższe liczby dotyczą stanu pożądanego (np. zdrowia) a najniższe stanu niepożądanego (np. choroby)

1. Jak określa Pan/i swoją subiektywną ocenę stanu zdrowia?

Jestem całkowicie
zdrowa

Bardzo mi
brakuje zdrowia

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

2. Czy doświadcza Pan/i dolegliwości bólowych

Nigdy nie
Doświadczam

Bardzo często
doświadczam

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

3. Czy doświadcza Pan/i zmęczenie, brak energii, bezradność

Nigdy nie
doświadczam

Bardzo często
doświadczam

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

4. Czy doświadcza Pan/i problemów ze snem

Nigdy nie
doświadczam

Bardzo często
doświadczam

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

5. Jak ocenia Pan/i jakość swojego życia w następujących wymiarach?:

a) Stosunki z przyjaciółmi

Mam pełne
zaspokojenie

Bardzo mi
brakuje

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

b) Możliwość realizowania się w pracy i innych aktywnościach

Mam pełne
zaspokojenie

Bardzo mi
brakuje

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

c) Zadowolenie z finansów i sytuacji materialnej

Mam pełne zaspokojenie						Bardzo mi brakuje
7	6	5	4	3	2	1

d) W wypełnianiu ról przypisanych do danych funkcji rodzinnych

Mam pełne zaspokojenie						Bardzo mi brakuje
7	6	5	4	3	2	1

e) Satysfakcja z życia i doświadczane szczęście

Mam pełne zaspokojenie						Bardzo mi brakuje
7	6	5	4	3	2	1

f) Relacje międzyludzkie

Mam pełne zaspokojenie						Bardzo mi brakuje
7	6	5	4	3	2	1

g) Możliwość realizacji swojego hobby

Mam pełne zaspokojenie						Bardzo mi brakuje
7	6	5	4	3	2	1

6. Jakiej niezbędnej pomocy Pan/i oczekuje i od kogo?

Jakiej pomoc?	Od kogo?	Całkowite przejęcie/ częściowe wsparcie	Odpłatna/ Nieodpłatna