

KWESTIONARIUSZ POMOCNICZY

oceny funkcjonowania oraz zakresu niezbędnej pomocy i opieki u osoby zainteresowanej wydaniem orzeczenia

I. DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Adres zamieszkania lub pobytu

II. PODSTAWOWY PROBLEM ZDROWOTNY

III. SYTUACJA RODZINNA

1. Stan cywilny
2. Liczba dzieci i ich wiek
3. Wydolność opiekuńcza rodziny, osób bliskich - rodzina pełna, rozbita, adopcyjna, zastępcza – jeśli tak, to od kiedy
4. Wykształcenie
5. Staż pracy

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA

(np. bloki kamienica, domek jednorodzinny, inne-jakie) proszę podać.....

ilość pokoi (nie licząc kuchni) które piętro.....

Czy w budynku jest winda a) tak b) nie

Czy w mieszkaniu znajduje się: - łazienka tak / nie; wc tak / nie; kuchnia tak / nie; gaz tak / nie;

bieżąca woda tak / nie; ogrzewanie tak / nie jakie?.....

Czy mieszkanie jest przystosowane do potrzeb wynikających z naruszonej sprawności organizmu osoby orzekanej ? tak / nie; Jeśli nie, to dlaczego?.....

Liczba osób wspólnie zamieszkujących

Posiadanie oddzielnego pokoju przez osobę orzekaną

V. SPOSÓB ZABEZPIECZENIA SYTUACJI BYTOWEJ WŁASNEJ I RODZINY

Z czego utrzymuje się rodzina? – wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłek inne jakie

VI. ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOOSŁUGI

(Ocena samodzielności i zależności od innych w wykonywaniu czynności samoobsługowych)

Rodzaj czynności	Zdolność do wykonywania czynności
UTRZYMYWANIE CIAŁA W CZYSTOŚCI	
mycie przy umywalce lub miednicy	
kąpiel w wannie (wejście i wyjście z wanny)	
branie prysznic	
mycie włosów	
czesanie się	
toaleta jamy ustnej	
obcinanie paznokci	
golenie się	
inne, nie wymienione wyżej <i>wskazać jakie</i>	
ZAŁATWIENIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH	
kontrola/brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi	
dojście do toalety i powrót	
inne, nie wymienione wyżej <i>wskazać jakie</i>	
UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE	
przygotowanie ubrań (np. wyjęcie z szafy, ułożenie) z uwzględnieniem do warunków pogodowych	
nałożenie ubrania	

zapinanie guzików	
zakładanie i sznurowanie butów	
zdejście ubrania	
inne, nie wymienione wyżej <i>wskazać jakie</i>	
ODŻYWIANIE	
sięganie po jedzenie	
wkładanie pokarmu do ust	
posługiwanie się sztućcami	
przygotowanie posiłków	
przyjmowanie leków	
inne, nie wymienione wyżej <i>wskazać jakie</i>	

Stopień samodzielności:

s – wykonywanie czynności samodzielne

p – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób

u – pełne uzależnienie od innych osób - konieczność całkowitej opieki

VII ZDOLNOŚĆ DO PORUSZANIA SIĘ (Ocena samodzielności i zależności od innych w poruszaniu się)

Poruszanie się	Zdolność do wykonywania czynności
<u>wstawanie z łóżka i powrót do niego</u>	
<u>siadanie</u>	
<u>chodzenie w obrębie mieszkania</u>	
<u>chodzenie po schodach</u>	
<u>opuszczanie mieszkania i powrót do niego</u>	
<u>korzystanie ze środków komunikacji</u>	
<u>przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania</u>	
inne, nie wymienione wyżej <i>wskazać jakie</i>	

Stopień samodzielności:

s – wykonywanie czynności samodzielne

p – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób

u – pełne uzależnienie od innych osób - konieczność całkowitej opieki

poruszanie się						
samodzielnie bez oprzyrządowania	samodzielnie po oprotezowaniu	z laską	przy pomocy kul	z balkonikiem	na wózku inwalidzkim	z przewodnikiem

* właściwe zakreśl krzyżykiem X

VIII ZDOLNOŚĆ DO PROWADZENIA GOSPODARSTWA DOMOWEGO

(Ocena samodzielności i zależności od innych w prowadzeniu gospodarstwa domowego)

Rodzaj czynności	Zdolność do wykonywania czynności
<u>sprzątanie</u>	
<u>robienie gruntownych porządków</u> (mycie okien, zawieszanie zasłon, mycie podłóg, itp.)	
<u>ogrzewanie mieszkania</u>	
<u>pranie</u>	
<u>prasowanie</u>	
<u>gotowanie</u>	
<u>zmywanie</u>	
<u>reperacja garderoby</u>	
<u>zmienianie pościeli</u>	
<u>robienie zakupów</u>	
<u>planowanie budżetu domowego</u>	
<u>dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe</u>	
inne, nie wymienione wyżej <i>wskazać jakie</i>	

Stopień samodzielności:

s – wykonywanie czynności samodzielne

p – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób

u – pełne uzależnienie od innych osób - konieczność całkowitej opieki

IX.ZDOLNOŚĆ DO KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OTOCZENIEM

mówienie prostymi zdaniami, pełnymi zdaniami, pojedynczymi słowami, niezrozumiale, niewyraźnie, po swojemu, jąkanie się, nie mówi, nie rozumie mowy, nie spełnia poleceń, porozumiewa się gestem, posługuje się językiem migowym, za pomocą komputera, inne
i ewentualny rodzaj i zakres ograniczeń tej zdolności (z uwzględnieniem zaburzeń w zakresie: realizacji mowy, rozumieniu mowy i percepcji mowy).....

Proszę wymienić inne problemy związane z komunikowaniem się z otoczeniem:

- *kłopoty ze słuchem (jeżeli tak, to na czym one polegają?)*
.....
- *kłopoty z pamięcią (jeżeli tak, to na czym one polegają?)*
.....
- *kłopoty ze wzrokiem (jeżeli tak, to na czym one polegają ?)*
.....

X.ZDOLNOŚĆ DO UCZESTNICTWA W ŻYCIU SPOŁECZNYM POPRZEZ PEŁNIENIE RÓL SPOŁECZNYCH (z uwzględnieniem umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych, rozwiązywania codziennych problemów, podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby)

.....
.....
i ewentualne ograniczenia w realizowaniu tych zdolności.....
.....

XI.CHARAKTERYSTYKA ZDOLNOŚCI DO UDZIELANIA WSPARCIA PRZEZ ŚRODOWISKO SPOŁECZNE, INSTYTUCJE

Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób i instytucji: rodziny, znajomych, sąsiadów, organizacji społecznych, ośrodka pomocy społecznej TAK/NIE

Jeżeli tak, to kto udziela pomocy?

Rodzaj tej pomocy :finansowa, żywnościowa, usługowa, rzeczowa ?.....

Czy potrzebna jest dodatkowa pomoc? TAK / NIE

Jeżeli tak, to w jakiej formie i kto miałby jej udzielać?.....

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....
(miejscowość i data)

.....
(Podpis czytelny imię i nazwisko osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego)