

## KWESTIONARIUSZ PRZYJĘCIA

dla osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Pomocy Społecznej „Złota Rybka”

*<http://domopiekikochanow.pl/>*

tel. +48 815 75 15

Nazwisko .....

Imię .....

PESEL .....

Adres .....

.....

## KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

### 1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

### 2. Choroby współistniejące

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

### 3. Ocena sprawności ruchowej :

- a. chodzi samodzielnie
- b. z pomocą innych osób
- c. z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego – podać jakiego, ewentualne potrzeby w tym zakresie  
.....

- d. nie chodzi samodzielnie

4. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje) w zakresie:

- a. mowy
- b. słuchu
- c. wzroku

5. Czy Pan/Pani pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatry ( jeżeli tak, to z jakiego powodu), ew. czy istnieje wskazanie do takiej konsultacji?

.....

.....

.....

6. Inne istotne informacje o stanie zdrowia/nawyki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Dieta/alergie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Orzeczenie o niepełnosprawności : Tak/Nie

Stopień niepełnosprawności:

.....

9. Spożywanie posiłków:

- a. potrzebuje pomoc w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety
- b. samodzielny, niezależny

10. Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:

- a. większa pomoc fizyczna, jedna lub dwie osoby
- b. mniejsza pomoc słowna lub fizyczna
- c. samodzielny

11. Utrzymywanie higieny osobistej:

- a. potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych
- b. niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu z zapewnionymi pomocami

12. Korzystanie z toalety /WC/

- a. potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam
- b. niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się

13. Mycie, kąpiel całego ciała

- a. zależny
- b. niezależny lub pod prysznicem

14. Ubieranie się i rozbieranie:

- a. zależny
- b. potrzebuje częściowej pomocy
- c. niezależny w zapinaniu guzików , zamka, sznurowadeł, itp.

15. Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:

- a. nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność lewatyw
- b. sporadyczne, bezwiedne oddawanie stolca
- c. kontroluje oddawanie stolca

16. Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:

- a. nie panuje nad oddawaniem moczu
- b. sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu
- c. kontroluje oddawanie moczu

17. Rany przewlekłe:

- a. odleżyny
- b. rany cukrzycowe
- c. inne niewymienione
- d. brak

18. Świadomość pacjenta:

- a. tak
- b. z przerwami

19. Porozumiewanie się:

- a. komunikacja sprawna
- b. zaburzenia w komunikowaniu się niewielkiego stopnia, używa języka migowego
- c. utrudniony kontakt werbalny (zaburzenia mowy) i niewerbalny

20. Usprawnianie i rehabilitacja:

- a. czynny i aktywny udział w rehabilitacji
- b. czynny udział w rehabilitacji, ale wymaga ciągłej motywacji i zachęty
- c. wymaga pomocy w wykonywaniu ćwiczeń usprawniających
- d. brak czynnego udziału w rehabilitacji – usprawnianie bierne

21. Terapia zajęciowa:

- a. czynny i aktywny udział w terapii zajęciowej
- b. czynny udział w terapii zajęciowej, ale wymaga motywacji i aktywizacji
- c. bierny udział w terapii zajęciowej, nie może brać udziału we wszystkich formach terapii
- d. brak zdolności do współpracy w zakresie terapii zajęciowej

22. Stan psychospołeczny:

- a. optymalne nastawienie wobec choroby, wieku, niepełnosprawności; pacjent jest wsparciem dla
- b. innych
  - a. pozytywne nastawienie wobec choroby, wieku,
  - b. obojętność wobec stanu zdrowia wykazywana przez pacjenta i rodzinę ( brak współpracy)
  - c. negatywne nastawienie wobec choroby (nawet wrogość w stosunku do siebie i innych)



.....

6. Inne dodatkowe informacje:

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

7. Zainteresowania/hobby:

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

Data

podpis