

FORMULARZ OKREŚLAJĄCY STOPIEŃ SPRAWNOŚCI

DANE IDENTYFIKACYJNE			
1.	Imię i Nazwisko	Wiek	
2.	PESEL	Płeć	
		K	M

Lp.	Informacje dotyczące stanu zdrowia osoby zainteresowanej pobytem	TAK	NIE
1	Czy występują u Pana/Pani zaburzenia widzenia?		
2	Czy występują u Pana/Pani zaburzenia słuchu?		
3	Czy występują u Pana/Pani zaburzenia mowy?		
4	Czy występują u Pana/Pani zaburzenia nastroju?		
5	Czy występują problemy z zapamiętywaniem?		
6	Czy występują u Pana/Pani problemy z utrzymaniem sztucców?		
7	Czy Pan/Pani utrzymuje kontakty międzyludzkie?		
8	Czy jest Pan/Pani osobą leżącą?		
9	Czy Pan/Pani kontroluje oddawanie moczu?		
10	Czy Pan/Pani kontroluje oddawanie stolca?		
11	Czy występuje u Pana/Pani choroba otępienna?		
	Jeśli TAK, proszę o podanie jaka:		
12	Czy używa Pan/Pani:		
	pampersów		
	pieluchomajtek		
	wkładek		
13	Czy korzysta Pan/Pani ze sprzętu pomocniczego?		
	wózek		
	chodzik		
	laska		

Lp.	Informacje dotyczące stopnia sprawności osoby zainteresowanej pobytem	Wynik
1	Czy Pan/Pani samodzielnie spożywa posiłki?	1 / 2 / 3
2	Czy Pan/Pani samodzielnie przemieszcza się na łóżko i z powrotem?	1 / 2 / 3
3	Czy Pan/Pani wykonuje czynności higieniczne samodzielnie?	1 / 2 / 3
4	Czy Pan/Pani samodzielnie kąpie się?	1 / 2 / 3
5	Czy Pan/Pani jest samodzielną w ubieraniu się i rozbieraniu się?	1 / 2 / 3
6	Czy Pan/Pani wymaga pomocy przy zmianie pampersów, pieluchomajtek?	1 / 2 / 3
9	Czy Pan/Pani samodzielnie porusza się po powierzchniach płaskich?	1 / 2 / 3
10	Czy Pan/Pani samodzielnie wchodzi i schodzi ze schodów?	1 / 2 / 3

Punktacja
Osoba niesamodzielną - 1 pkt.
Osoba potrzebująca pomocy - 2 pkt.
Osoba samodzielną - 3 pkt.

Oświadczam, że informacje wskazane w formularzu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

Data i podpis Pensjonariusza