

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk”
SP ZOZ w Zielonej Górze – Opieka wytchnieniowa/ czasowa całodobowa opieka nad osobą z niepełnosprawnością.

I. Dane osobowe

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. PESEL.....

3. Data urodzenia.....

4. Adres zamieszkania (zameldowania).....

5. Numery telefonów rodziców/opiekunów.....

6. Przychodnia POZ oraz lekarz POZ pacjenta – dane adresowe oraz kontakt telefoniczny:

II. Dane o sytuacji życiowej:

1. Stopień niepełnosprawności:.....

2. Liczba osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym

3. Status prawny Podopiecznego:

3. Czy osoba korzysta obecnie z rehabilitacji:

Tak

Nie

Jeśli tak, to w jakiej formie.....

III Informacje dodatkowe:

1. Występowanie nagłych ataków lub innego rodzaju dolegliwości:

Tak

Nie

W przypadku występowania epilepsji – zwiastuny i jej przebieg.....

2. Dotychczasowe postępowanie w razie ataku epilepsji, pobudzenia psychoruchowego lub innej dolegliwości:

3. Sprawności motoryczne (np. wykonuje czynność bez jakiejkolwiek pomocy, obserwując sposób demonstrowany przez opiekuna, po słownym instruktażu, przy fizycznej pomocy opiekuna, nie może wykonać czynności)

Siedzenie.....

Chodzenie.....

Porusza się na wózku

Do chodzenia używa balkonika

Czy Podopieczny jest lewo czy praworęczny?.....

Czy obie strony ciała są tak samo sprawne?.....

.....

Uwagi.....

.....

4. Komunikacja

Podopieczny porozumiewa się słownie

Podopieczny porozumiewa się gestami

Podopieczny korzysta z komunikatora

Podopieczny porozumiewa się dźwiękami

Czy podopieczny nazywa określone czynności lub rzeczy specyficznymi dla siebie nazwami?

.....

.....

Uwagi.....

.....

5. Ubieranie (np. wykonuje czynność bez jakiejkolwiek pomocy, obserwując sposób demonstrowany przez opiekuna, po słownym instruktażu, przy fizycznej pomocy opiekuna, nie może wykonać czynności)

Odzież.....

Buty.....

Uwagi.....

.....

6. Jedzenie i picie

Podopieczny je palcami.....

Podopieczny posługuje się

łyżką

widelcem

nożem

Podopieczny wymaga karmienia

Podopieczny nie lubi jeść.....

Podopieczny nie może jeść.....

Podopieczny pije:

samodzielnie

z kubka

przez słomkę

z łyżki

Wymaga podania płynu

Podopieczny nie może pić.....

Podopieczny nie lubi pić.....

Uwagi (konsystencja pokarmu, kanapki krojone na mniejsze części, problemy).....

.....

7. Czystość i higiena (np. wykonuje czynność bez jakiegokolwiek pomocy, po słownym instruktażu, przy fizycznej pomocy opiekuna)

Podopieczny Korzysta z toalety.....

Jak Podopieczny sygnalizuje potrzeby.....

.....
Podopieczny myje ręce.....

Podopieczny myje zęby.....

Podopieczny stosuje pieluchy

stale

sporadycznie w jakich sytuacjach.....

.....
Uwagi (problemy gastryczne, biegunki, zaparcia).....

.....
8. Zachowanie Podopiecznego:

Problemy dotyczące bliskości fizycznej – reakcje na dotyk.....

.....
Czy Podopieczny lubi, gdy wokół dużo się dzieje, jest gwarno.....

Czy Podopieczny lubi spokój i ciszę.....

- denerwuje się gdy.....

- uspakaja się gdy.....

Uwagi.....

.....
9. Codzienne rytuały (np. Podopieczny zasypia w określony sposób, potrzebuje maskotki, ulubionej muzyki, włączonej lampki, itp. jak lubi spędzać czas wolny i inne uwagi)

.....
10. Sygnalizowanie potrzeb (np. pragnienia, głodu, zmęczenia, wyjścia na spacer, toalety, inne jakie?)

.....
11. Dodatkowe dane mogące mieć znaczenie dla pobytu podopiecznego w Hostelu w ramach opieki całodobowej:

.....
Data Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego