

**SYTUACJA SOCJALNA PACJENTKI/PACJENTA**

*(proszę zaznaczyć znakiem* ***X*** *właściwą kratkę, wpisać TAK/NIE w wyznaczonym miejscu lub inną odpowiedź zgodną z pytaniem)*

Mieszka: □ sam(a) □ z rodziną □ z opiekunem całodobowo

□ z opiekunem przychodzącym na określony czas ilość godzin opieki dziennie…….

□ dom jednorodzinny □ mieszkanie w budynku wielorodzinnym □ DPS

Na którym piętrze? ……….. Dostęp do windy? ………..

Czy do budynku trzeba wejść po schodach? ………..

Czy pacjent ma własny pokój? ………..

Czy mieszkanie/pokój jest przystosowane do osoby niepełnosprawnej ………..

Wyposażenie mieszkania w instalacje:

* **woda zimna**: □ w mieszkaniu □ poza mieszkaniem □ poza budynkiem □ brak wody
* **woda ciepła**: □ w mieszkaniu □ poza mieszkaniem □ poza budynkiem □ brak wody
* **łazienka**: □ w mieszkaniu □ poza mieszkaniem □ brak łazienki
* □ prysznic w poziomie podłogi □ prysznic z wysokim brodzikiem □ wanna
* **WC**: □ w mieszkaniu □ poza mieszkaniem □ poza budynkiem
* **ogrzewanie**: □ piec węglowy □ ogrzewanie centralne □ brak ogrzewania
* **gaz:** □ tak □ nie
* **telefon**: □ tak □ nie

Czy mieszkanie jest dobrze oświetlone? ………..

Czy w mieszkaniu są progi między pomieszczeniami? ………..

Czy w mieszkaniu są dywany/chodniki? ………..

Czy pacjent porusza się po domu z pomocą zaopatrzenia ortopedycznego (*balkonik, laska, wózek inw*.)? ………..

Czy pacjent wychodzi na spacer? ………… jeśli tak, jak często? …………………………….…………….

samodzielnie czy z opiekunem? ……………………………………………………………….………………

Czy pacjent samodzielnie:

przygotowuje leki? …….... przyjmuje leki? …….... przygotowuje ciepły posiłek? ……....

Czy pacjent spotyka się towarzysko z osobami spoza rodziny? ……….. jeśli tak, to jak często? ……….…...……

Czy pacjent uczestniczy w zorganizowanych zajęciach dla osób starszych? (*Uniwersytet Trzeciego Wieku, zajęcia sportowe, twórczość artystyczna, wolontariat, grupy religijne itp*.) …………….

jeśli tak, to jakich?………………………………………………………………………………….………….

W jaki sposób pacjent najczęściej spędza czas w domu? ……………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………

 *Podpis pacjenta lub opiekuna*