

## WYWIAD ADAPTACYJNY UCZESTNIKA

sporządzony dnia .....

Imię i nazwisko uczestnika .....

Data urodzenia .....

1. Środowisko w którym żyje: wieś/miasto, z rodziną/samotnie\*

### 2. Dane opiekuna:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu .....

### 3. Choroby przewlekłe uczestnika:

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

### 4. Leczenie szpitalne uczestnika

.....  
.....

### 5. Przyjmowane leki:

.....

### 6. Zaopatrzenie ortopedyczne:

.....

### 7. Dotychczasowe formy rehabilitacji:

.....

### 8. Uczulenia:

.....

### 9. Poradnie zdrowia:

.....  
.....

### 10. Warunki mieszkaniowe :

- ma swój pokój tak/nie\*

- ilość osób mieszkających wspólnie z uczestnikiem .....

- stopień pokrewieństwa osób wspólnie zamieszkujących: .....

.....

**11. Środki utrzymania** np. renta socjalna, zasiłek stały, zasiłek pielęgnacyjny i inne:\*

.....

**12. Sprawność fizyczna:** porusza się samodzielnie, o kulach lub balokniku, wózek inwalidzki, przy pomocy osoby drugiej\*

**13. Samoobsługa:**

- dbanie o czystość i porządek otoczenia - tak/nie\*
- przygotowanie posiłków, tj. herbata, kanapki, gorące posiłki - tak/nie\*
- korzystane z urządzeń gospodarstwa domowego – tak/nie\*

**14. Czynności fizjologiczne:** wykonuje samodzielnie, sygnalizuje i oczekuje pomocy, nie sygnalizuje\*

**15. Dbalność o wygląd osobisty**

- uczesanie: samodzielne, z pomocą, całkowicie nie samodzielne\*
- mycie: samodzielne, z pomocą, całkowicie nie samodzielne\*
- kąpiel: samodzielne, z pomocą, całkowicie nie samodzielne\*
- ubieranie: samodzielne, z pomocą, całkowicie nie samodzielne\*
- jedzenie: samodzielne, z pomocą, całkowicie nie samodzielne\*
- sprzątanie: samodzielne, z pomocą, nie sprząta\*
- zakupy: samodzielne, z pomocą, nie robi zakupów\*
- spacer: samodzielne wokół domu, z opiekunem\*

**16. Sposób porozumienia się z otoczeniem:**

- werbalny - mowa: zrozumiała, niezrozumiała
- niewerbalny (migi, gesty)\*

**17. Wzrok:** okulary, bez okularów ale słabo widzi, wzrok dobry\*

**18. Słuch:** dobry, słaby, aparaty słuchowe\*

**19. Sprawność manualna:** dobra, słaba, bardzo słaba\*

**20. Kręgosłup:** prosty, lekko skrzywiony, skolioza\*

**21. Orientacja:**

- w czasie - tak/nie\*
- w miejscu (gdzie jestem) - tak/nie\*

**22. Intelkt:** czyta, pisze, liczy \*

**23. Korzystanie ze środków użyteczności publicznej:**

- posługiwanie się telefonem - tak/nie\*
- poruszanie się środkami komunikacji publicznej - tak/nie\*
- załatwianie spraw urzędowych - tak/nie\*

- korzystanie z usług służby zdrowia - tak/nie\*

**24. Zdolności i zainteresowania:**

.....

**25. Inne niezbędne informacje:**

.....

.....  
(data i podpis osoby przeprowadzającej wywiad)

\* (niepotrzebne skreślić)

KIEROWNIK  
Środowiskowego Domu Samopomocy „OAZA  
w Kragu  
*Magdalena Gryguła*  
Magdalena Gryguła

**SPIS WAŻNYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZDROWIA UCZESTNIKA**

.....  
(imię i nazwisko uczestnika) .....

<b>Aktualne choroby</b>				
Data zmiany i opis		Data zmiany i opis		<b>Bieżące zmiany zdrowotne</b>
Data zmiany i opis		Data zmiany i opis		
Data zmiany i opis		Data zmiany i opis		
Data zmiany i opis		Data zmiany i opis		

<b>Wizyty u lekarzy i specjalistów</b>	Data wizyty .....	Cel wizyty: Uzyskane informacje zdrowotne:
	Data wizyty .....	Cel wizyty: Uzyskane informacje zdrowotne:
	Data wizyty .....	Cel wizyty: Uzyskane informacje zdrowotne:
	Data wizyty .....	Cel wizyty: Uzyskane informacje zdrowotne:
<b>informacje o przyjmowanych lekach mających zastosowanie w pracy z uczestnikiem</b>		