**ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY OSOBY POWYŻEJ 60 ROKU ŻYCIA**

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE**  |
| Imię i nazwisko  |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Data urodzenia |  |
| Wykształcenie |  |
| Zawód wyuczony/wykonywany |  |
| Status na rynku pracy |  |
| Przedstawiciel prawny (jeżeli dotyczy) |  |
| Kogo należy powiadamiać w nagłych wypadkach? |  |
| Grupa/stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy) |  |
| Rodzaj niepełnosprawności, zgodnie z orzeczeniem (jeśli dotyczy)Inne ograniczenia wynikające z orzeczenia/opinii  |  |
|  |  |
| **AKTYWNOŚĆ INDYWIDUALNA**  |
| Jakie ma Pan/i zainteresowania/umiejętności/co lubi robić?  |  |
| Czy posiada Pan/i stałe punkty dnia, tygodnia, miesiąca? Stałe aktywności?  |  |
| **ZACHOWANIA ZDROWOTNE**  |  |
| Jakie leki przyjmowane są interwencyjnie przez Pana/ią (w jakich sytuacjach)?  |  |
| Czy stosuje Pan/i jakąś dietę? Czy wymagane jest przyjmowanie posiłków o wyznaczonych porach?  |  |
| Zachowanie szczególne: Czy i w jakich sytuacjach pojawiają się reakcje szczególne? Jak wtedy reagować?  |  |
| **FUKCJONOWANIE SPOŁECZNE** |
| Z kim Pan/i mieszka? |  |
| Czy uczestniczy Pan/i w wydarzeniach kulturalnych, obywatelskich, społecznych, środowiskowych?  |  |
| Jak spędza Pan/i czas wolny? Czy spotyka się towarzysko, gdzie, jak często? (rodzina, sąsiedzi, przyjaciele).  |  |
| Czy może Pan/i liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności? W jakim zakresie?  |  |
| **SPRAWNOŚĆ FUNKCJONALNA**  |
| Jak ocenia Pan/i swoją samodzielność w zakresie poruszania się? (zdolność do przemieszczania się, korzystania z publicznych środków transportu, inne, bariery architektoniczne itp).Czy wymagane jest użycie sprzętu pomocniczego?  |  |
| Jak ocenia Pan/i swoja samodzielność w zakresie komunikowania się? (zdolność słyszenia, rozumienia mowy, artykulacji mowy, widzenia, inne)Czy wymagane jest użycie sprzętu pomocniczego? Czy korzysta Pan/i ze zdalnych form komunikacji (sms, mail, komunikatory)?  |  |
| Jak ocenia Pan/i swoją samodzielność w samoobsłudze (utrzymanie higieny osobistej, ubieranie się, spożywanie posiłków. Czy wymagane jest użycia sprzętu pomocowego (podnośnik, ławka na wannę)?  |  |
| Jak ocenia Pan/i swoją samodzielność w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego? (czy potrzebuje pomocy i w czym)W jakich czynnościach codziennych w szczególności wymaga Pan/i wsparcia? |  |
| **CEL ASYSTENTURY** |
| Jakie cechy mógłby posiadać asystent wspierający Pana/nią?  |  |
| Jak Pan/i chciałby/chciałaby spędzać czas z Asystentem? |  |
| W jakich aktywnościach mógłby pomóc Pan/i Asystent/tka? |  |
| Co Pan/i chciałby zmienić w swoim życiu? ( za 6 mcy, za rok). Co Pan/i może zrobić sam/a, aby taka zmian nastąpiła? Kto i jak może pomóc w jej realizacji? Co w Pan/i życiu może ulec zmianie dzięki wsparciu asystenta?  |  |
| INFORMACJE DODATKOWE  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data przeprowadzonego wywiadu |  |
| Podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad |  |
| Podpis diagnosty |  |

|  |
| --- |
| WNIOSKI DIAGNOSTY I PROPOZYCJE DALSZYCH DZIAŁAŃ  |
|  |