

ANKIETA INFORMACYJNA
Uczestnika Warsztatu Terapii Zajęciowej "Ostoja",
ul. Litomska 10, 53-641 Wrocław

INFORMACJE PODSTAWOWE:		
1.	Imię i nazwisko	
2.	Data urodzenia	
3.	Adres zamieszkania	
4.	Telefon kontaktowy (w godzinach pracy WTZ 8:00-15:00)	
5.	Imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów prawnych	
6.	Rodzeństwo	
7.	Czy uczestnik jest osobą ubezwłasnowolnioną? Jeśli tak, proszę podać nr postanowienia.	
8.	Stopień niepełnosprawności	umiarkowany / znaczny
9.	Rodzaj niepełnosprawności (upośledzenie umysłowe, choroby psychiczne, choroby neurologiczne i inne)	
10.	Wykształcenie uczestnika. Jeśli zawodowe/ kierunkowe, to jakie?	
ZDROWIE:		
EPILEPSJA		
1.	Czy uczestnik ma epilepsję?	

2.	Jak często występują ataki? W jakich porach dnia występują ataki?	
3.	Czy uczestnik ma aureę? (jak wygląda?)	
4.	Jak wygląda atak epilepsji?	
ALERGIE		
1.	Czy uczestnik ma alergię? Jeśli tak, to jakie? Jakie są objawy alergii?	
2.	Jak postępować w przypadku kontaktu z alergenem?	
3.	Czy uczestnik jest uczulony na leki? Jeśli tak, to na jakie?	
ZABURZENIA ODŻYWIANIA		
1.	Czy występują zaburzenia odżywiania?	
2.	Rodzaj zaburzenia i postępowanie/ leczenie.	
3.	Czy uczestnik jest na diecie? Jeśli tak, to od kiedy, na jakiej?	
PRZYJMOWANE LEKI		
	NAZWA LEKU	POWÓD PRZYJMOWANIA LEKU/ LEKÓW
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
INNE WYSTĘPUJĄCE CHOROBY (tj. choroby zakaźne, cukrzyca, łuszczyca, przepukliny, wady serca, i in. lub protezy etc.)		

INNE ISTOTNE INFORMACJE:**NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

1. Czy występują zaburzenia wzroku? Czy uczestnik wymaga okularów? Czy je nosi? Jeśli nie, to dlaczego?

2. Czy występują zaburzenia słuchu? Jeśli tak, to jakie? Czy uczestnik wymaga aparatów i czy je nosi?

3. Czy występują zaburzenia ruchu? Jeśli tak, to jakie? Czy wymaga kul, chodzika itp.?

POROZUMIEWANIE SIĘ:

1. Czy występują zaburzenia mowy?

mowa niewyraźna
zrozumiała dla otoczenia

mowa wyraźna

mowa niewyraźna
niezrozumiała dla otoczenia

2. Czy porozumiewa się za pomocą komunikacji alternatywnej? Jeśli tak, to jakiej?

ZACHOWANIE:

1. Czy uczestnik bywa/ bywał agresywny i/ lub autoagresywny? Jeśli tak, to w jakich sytuacjach?

2. Jak radzą sobie Państwo w sytuacji wystąpienia agresji u syna/ córki?

3. Jak uczestnik reaguje na sytuacje stresowe / zmiany?

4.	Czy uczestnik ma skłonności do oddalania się bez poinformowania opiekuna? Jeżeli tak, to w jakich sytuacjach?
SAMODZIELNOŚĆ I HIGIENA:	
1.	Czy uczestnik samodzielnie się myje? Samodzielnie korzysta z toalety?
2.	Czy uczestnik zostaje sam w domu?
3.	Poruszanie się na trasie WTZ - dom
4.	Czy uczestnik samodzielnie korzysta ze środków komunikacji miejskiej?
5.	Czy uczestnik porusza się samodzielnie po mieście?
6.	Czy uczestnik potrafi posługiwać się pieniędzmi? Czy zna ich wartość?
7.	Czy samodzielnie dokonuje drobnych zakupów?
OBOWIĄZKI I ZAINTERESOWANIA:	
1.	Czy uczestnik ma obowiązki domowe? Jeśli tak, to jakie? Jeżeli nie, to dlaczego?

2.	Zainteresowania uczestnika:
3.	Czego uczestnik nie lubi robić?
4.	Czy uczestnik jest zmotywowany do podjęcia pracy? Jeśli nie, to dlaczego?
5.	Stosunek rodzica / opiekuna do podjęcia pracy przez uczestnika?
INNE WAŻNE INFORMACJE:	

Wyrażam / nie wyrażam zgody na ewentualne wsparcie (terapeuty / pielęgniarzy / fizjoterapeuty / psychologa) podczas czynności higienicznych (tj. treningu higienicznego, kąpeli i itp.).

.....
(podpis rodzica)

.....
(podpis uczestnika)

W przypadku nie wyrażenia zgody zobowiązuje się niezwłocznie po otrzymanym telefonie przyjechać do Warsztatu w celu odebrania uczestnika.

.....
(podpis rodzica)

Oświadczam, że podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe, kompletne i zgodne z obecnym stanem faktycznym.

.....
(podpis rodzica)