

Куса анкета за здравствените и социјалните потреби *Ја пополнува потрошувачот*

Цел: да му помогне на давателот на услуги да ги утврди потребите на потрошувачот.

Потрошувач

Име и презиме:

Датум на раѓање: дд/мм/гггг / /

Пол:

UR број:

или тука ставете налепница

Ве молиме дајте ги овие податоци за да ни помогнете да дознаеме повеќе за вас и да ви укажеме најдобри можни услуги.

Вашето учество во пополнувањето на овој прашалник е на доброволна основа и вашите информации ќе ги чуваме во најстрога доверба, во согласност со законите за приватност.

Која е главната причина поради која сте денес тука?

Следните изјави се примери на работи кои може да се проблем за луѓето. **Ве молиме „тикнете“ (✓) покрај секоја изјава што се однесува на вас и покрај секое прашање за кое би сакале да разговарате.** Не обрнувајте внимание на изјави кои не се однесуваат на вас. Пополнетиот образец дајте го на вашиот давател на услуги на почетокот на вашата средба.

Прашање	(тикни ✓)	Сакам да разговарам за ова (тикни ✓)
Имам тешкотии со секојдневни работи (како што се облекувањето, туширањето или готвењето).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Доктор или здравствен работник ми рече дека имам здравствена состојба (на пример, артритис, висок крвен притисок, дијабетес, срцево заболување, рак, остеопороза, астма, белодробно заболување, хронично бубрежно заболување или друга состојба).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Неодамна имав проблеми со забите, устата, забното месо или вештачките вилицы.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Загрижен/загрижена сум во врска со моите лекови.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ме загрижува тоа што не сум физички активен/активна.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ме загрижува мојата тежина.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Неодамна загубив тежина без да се обидувам да го сторам тоа.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Јас пушам.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Престанав да пушам во изминатите 5 години.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ме загрижува колку пијам алкохол.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ме загрижува што користам дроги.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ме загрижува што се коцкам.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мојата финансиска ситуација е многу тешка.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Често сум тажен/тажна или во депресија.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Често се чувствувам нервозен/нервозна или вознемирен/вознемирена.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Се плашам од некој кој ме контролира и повредува.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Немам каде да живеам или сум во опасност да останам на улица.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моето здравје не е добро.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Моите животни околности не се добри.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Macedonian