

Μονοσέλιδη καταγραφή των υγειονομικών και κοινωνικών αναγκών Συμπλήρωση Καταναλωτή

Σκοπός: να βοηθηθούν οι πάροχοι υπηρεσιών να αξιολογήσουν τις ανάγκες του καταναλωτή.

Καταναλωτής

Όνομα:

Ημερομηνία γέννησης: ηη/μμ/εεεε / /

Φύλο:

Αριθμός UR:

Ή τοποθετήστε την ετικέτα εδώ

Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία για να μας βοηθήσετε να σας γνωρίσουμε και να σας παρέχουμε την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση.

Η συμμετοχή σας συμπληρώνοντας αυτό το ερωτηματολόγιο είναι εθελοντική, και χειριζόμαστε τις πληροφορίες σας με απόλυτη εχεμύθεια, σύμφωνα με τη νομοθεσία περί προσωπικών δεδομένων.

Ποιος είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο είστε εδώ σήμερα;

Οι παρακάτω δηλώσεις είναι παραδείγματα τα οποία μπορεί να παρουσιάζουν προβλήματα/θέματα στους ανθρώπους. **Παρακαλώ σημειώστε ποιες δηλώσεις ισχύουν για σας, καθώς και τα θέματα που θέλετε να συζητήσετε.** Αγνοήστε τις δηλώσεις που δεν ισχύουν για σας. Παραδώστε τη συμπληρωμένη φόρμα στον πάροχο της υπηρεσίας σας μόλις παρουσιαστείτε στο ραντεβού σας.

Ερώτηση	(βάλτε ένα ✓)	Θέλω να συζητήσω για αυτό (βάλτε ένα ✓)
Δυσκολεύομαι με τις καθημερινές μου ασχολίες (όπως να ντυθώ, να κάνω μπάνιο, να προετοιμάσω το φαγητό).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο γιατρός μου ή κάποιος άλλος ιατρικός επαγγελματίας μου είπε ότι έχω μία ιατρική πάθηση (για παράδειγμα, ότι έχετε αρθριτικά, πίεση, διαβήτη, καρδιακή νόσο, καρκίνο, οστεοπόρωση, άσθμα, νόσο στους πνεύμονες, χρόνια νόσο νεφρών ή κάποια άλλη πάθηση).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πρόσφατα είχα πρόβλημα με τα δόντια μου, το στόμα, τα ούλα ή τις μασέλες μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανησυχώ για τα φάρμακά μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανησυχώ για την έλλειψη της σωματικής μου αγωγής.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανησυχώ για το βάρος μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω πρόσφατα χάσει βάρος χωρίς να προσπαθήσω.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καπνίζω τσιγάρα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω κόψει το τσιγάρο τα τελευταία 5 χρόνια.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανησυχώ για το πόσο αλκοόλ πίνω.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανησυχώ για τη χρήση ναρκωτικών που κάνω.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανησυχώ για τα τυχερά παιχνίδια που παίζω.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η οικονομική μου κατάσταση είναι πολύ δύσκολη.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αισθάνομαι μελαγχολία ή κατάθλιψη.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά αισθάνομαι νευρικός/ή ή αγχωμένος/η.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φοβάμαι κάποιον που με ελέγχει και με πληγώνει.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είμαι άστεγος/ή ή κινδυνεύω να καταλήξω άστεγος/η.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θεωρώ την κατάσταση της υγείας μου κακή.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θεωρώ τις συνθήκες της ζωής μου κακές.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

