

SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO IADL

wypełnia pacjent lub opiekun

Data [rrrr-mm-dcl]:

Proszę wpisać przyznaną punktację przy każdym pytaniu wg następującej skali: 3 punkty— bez pomocy; 2 punkty — z niewielką pomocą; 1 punkt — zupełnie nie.

Pytanie	Punkty
Czy potrafisz korzystać z telefonu?	
Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością	
Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze?	
Czy możesz sam przygotować posiłki?	
Czy możesz sam wykonywać prace domowe (np.	
Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych	
Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy?	
Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki?	
Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi?	
RAZEM	

.....
podpis pacjenta lub opiekuna

Zaopatrzenie ortopedyczne i przedmioty ułatwiające funkcjonowanie

tak

nie

okulary,
aparat, słuchowy,
pieluchomajtki ,
wkładki higieniczne
kula,
balkonik,
chodzik,
inne jakie.....

podpis pacjenta lub opiekuna
.....