

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Analiza indywidualnych potrzeb i oczekiwań uczestników projektu.

Projekt: „Pełnia ruchu, pełnia życia – kompleksowa rehabilitacja dla Ciebie”

Numer projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Realizator: Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.

1. Część A. Cel ankiety

Ankieta ma na celu poznanie Pana/Pani potrzeb, oczekiwań oraz ewentualnych barier, które mogą utrudniać udział w projekcie. Zebrane informacje pozwolą nam lepiej dostosować wsparcie, udzielić niezbędnych informacji oraz zapewnić odpowiednie warunki podczas zajęć. Prosimy o szczerą odpowiedź.

2. Część B. Dane diagnostyczne

(uzupełnia Zespół Terapeutyczny)

Główna diagnoza (wg ICD-10):

Główne dolegliwości/ograniczenia funkcjonalne zgłaszane przez Uczestnika:

-
-
-
-

Inne istotne problemy zdrowotne mogące wpływać na proces rehabilitacji:

-
-

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

3. **Część C. Ankieta potrzeb (wypełnia Uczestnik)**

Prosimy zaznaczyć właściwą odpowiedź lub wpisać swoją.

W jakim stopniu problemy z narządem ruchu utrudniają Panu/Pani wykonywanie obecnej pracy?

- Bardzo utrudniają
- Utrudniają
- Utrudniają nieznacznie
- Nie utrudniają (np. jestem osobą bezrobotną)

Jakie są Pana/Pani główne oczekiwania wobec udziału w projekcie? (można zaznaczyć kilka)

- Zmniejszenie dolegliwości bólowych
- Poprawa sprawności fizycznej i zakresu ruchu
- Powrót do pracy / zwiększenie wydajności w pracy
- Nauka, jak samodzielnie radzić sobie z problemem (np. ćwiczenia)
- Zdobyć wiedzę na temat profilaktyki
- Inne, jakie?

Czy w ciągu ostatniego roku korzystał(a) Pan(i) z innych form rehabilitacji (np. prywatnie, NFZ, inne projekty)?

- Tak
- Nie

Jeśli Tak, to jakich?

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Proszę ocenić swój średni, codzienny poziom aktywności fizycznej.

- Niski (głównie pozycja siedząca/leżąca, krótkie spacery)
- Umiarkowany (spacery, prace domowe, praca w pozycji stojącej)
- Wysoki (regularne ćwiczenia, praca fizyczna)

Czy dla ułatwienia udziału w projekcie potrzebuje Pan(i): (można zaznaczyć kilka)

- Zwrotu kosztów dojazdu
- Opieki nad dzieckiem/dziećmi podczas swoich wizyt
- Opieki nad osobą zależną (np. starszą, niepełnosprawną) podczas swoich wizyt
- Innego wsparcia (jakiego?)

Czy jest Pan(i) zainteresowany(a) tematami, które chciał(a)by Pan(i) poruszyć podczas zajęć edukacyjnych?

(można zaznaczyć kilka)

- Ergonomia pracy biurowej/fizycznej
- Ćwiczenia do samodzielnego wykonywania w domu
- Zasady zdrowego odżywiania dla zdrowia kości i stawów
- Metody radzenia sobie ze stresem
- Wszystkie proponowane tematy są dla mnie interesujące
- Inne, jakie?

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Jakie są Pana/Pani główne obawy lub bariery związane z przystąpieniem do projektu i regularnym uczestnictwem?

.....

.....

4. Część D. Dostosowanie wsparcia do specjalnych potrzeb

Poniższe pytania pomogą nam zapewnić pełną dostępność i komfort uczestnictwa. Wszystkie deklarowane potrzeby postaramy się zrealizować.

Tabela nr 1. Określenie potrzeb uczestnika projektu.

Czy w trakcie udziału w projekcie będzie potrzebował Pan/Pani pomocy:	TAK	NIE	Jeśli TAK, proszę krótko opisać (np. rodzaj sprzętu, zakres pomocy asystenta)
Asystenta/osoby towarzyszącej? (np. z powodu trudności w poruszaniu się, orientacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tłumacza języka migowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Udostępnienia na czas wizyty wózka inwalidzkiego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Udostępnienia innego sprzętu wspierającego? (np. kuli, balkonika, chodzika, podpórki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Materiałów informacyjnych w formacie dostępnym? (np. duża czcionka, alfabet Braille'a, plik audio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Innych usprawnień? (proszę wpisać, jakie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

5. Część E. Podpisy

Data wypełnienia.....

Podpis uczestnika

Podpis Fizjoterapeuty/lekarza potwierdzającego część B

.....