

ANKIETA MONITORUJĄCA

(wypełnia samodzielnie osoba starsza lub na jej prośbę pracownik socjalny)

Prosimy o wypełnienie ankiety oceniającej realizowanie usług opiekuńczych. Pozwoli to na podjęcie działań w celu poprawy jakości świadczonego wsparcia.

Z kim z rodziny utrzymuje Pani/Pan kontakt?

- dzieci
 wnuki
 dalsza rodzina, jaka?

Czy może Pani/Pan liczyć na pomoc swojej najbliższej rodziny?

- TAK NIE

Czy ta pomoc jest dla Pani/Pana wystarczająca?

- TAK NIE

W jakim zakresie jest Pani/Pan objęty usługami opiekuńczymi?

Katalog usług opiekuńczych	W jakim zakresie świadczone są usługi?		Czy jest Pani/Pan zadowolony ze świadczenia usługi?		
	tak	nie	tak	nie wiem	nie
Pomoc przy myciu/mycie					
Kapanie					
Pielęgnacja włosów/golenie					
Układanie chorego w łóżku i pomaganie przy zmianie pozycji					
Zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń					
Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych					
Przesłanie łóżka					
Zmiana bielizny pościelowej					
Zmiana bielizny osobistej i przebieranie w czystą odzież					
Pomoc przy ubieraniu się					
Zakup w miarę potrzeb artykułów spożywczych (w sklepie najbliższym miejsca zamieszkania)					
Dostarczanie gotowych posiłków					
Pomoc przy przygotowywaniu posiłków					
Przygotowywanie posiłków (śniadanie - obiad - kolacja)					
Pomaganie przy spożywaniu posiłków					
Karmienie					
Utrzymanie czystości i porządku pomieszczeń użytkowanych przez osobę objętą pomocą (sprzątanie - wietrzenie pomieszczeń - wycieranie kurzu - odkurzanie lub trzepanie dywanów - mycie podłóg - mycie okien (2 razy w roku) - wynoszenie śmieci)					
Utrzymanie w czystości sprzętu codziennego użytku, urządzeń sanitarnych, sprzętu gospodarczego, naczyń stołowych i kuchennych					
Pranie bielizny osobistej, odzieży, ręczników, bielizny pościelowej oraz okresowo firan i zasłon					
Zanoszenie i odbiór rzeczy z pralni					
Zakup leków, środków czystości, artykułów przemysłowych, itp. (w sklepie i aptece najbliższych miejsca zamieszkania)					
Towarzyszenie w trakcie zakupów					
Załatwianie spraw bieżących np. zgłoszenie napraw urządzeń domowych, opłacanie rachunków i innych należności					
Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych – towarzyszenie w trakcie wizyt					
Zamawianie wizyt lekarskich - towarzyszenie w trakcie wizyt					

Pomoc w uzyskaniu dostępu do usług medycznych i rehabilitacyjnych					
Przynoszenie opału i palenie w piecach					
Pomoc w opiece nad zwierzętami domowymi					
Pielęgnacja zalecona przez lekarza: nacieranie i oklepywanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, okłady, kompresy inhalacje					
Przygotowanie i nadzór nad zażyciem leków					
Mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru, opróżnianie worka urologicznego					
Towarzyszenie podczas spacerów, w drodze do i z placówek usługowych, kulturalnych i sportowo-rekreacyjnych, ośrodków wsparcia					
Pomoc w rozwijaniu indywidualnych zainteresowań, zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych					
Podtrzymywanie kontaktów z rodziną oraz otoczeniem					
Inne					
Inne					

Czy zakres świadczonych usług jest dla Pani/Pan wystarczający?

TAK

NIE

jeżeli NIE, to proszę opisać:

- co jest niewystarczające:

.....

- jakiej usługi brakuje:

.....

Czy Pani/Pana zdaniem osoba wykonująca usługi opiekuńcze jest:

- | | | | | |
|---------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. punktualna | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> raczej nie |
| sumienna | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> raczej nie |
| 2. fachowa | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> raczej nie |
| kulturalna | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> raczej nie |
| pomocna | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> raczej nie |

Czy Pani/Pana zdaniem osoba wykonująca usługi opiekuńcze w pełni wykorzystuje czas świadczenia usługi opiekuńczej?

tak

raczej tak

nie

raczej nie

Czy wyraża Pani/Pan zastrzeżenia w stosunku do pracy osoby wykonującej usługi opiekuńcze?

TAK

NIE

Jeżeli tak, proszę opisać, czego dotyczą zastrzeżenia.

.....

.....

.....

Komu Pani/Pan zgłaszał(a) zastrzeżenia do pracy osoby wykonującej usługi opiekuńcze?

jej samej

pracownikowi socjalnemu

Dyrektorowi Ośrodka

innej osobie, komu?

.....

Jak Pani/Pan ogólnie ocenia świadczoną usługę opiekuńczą ?

- bardzo dobrze
- dobrze
- średnio
- źle
- bardzo źle

Podpis osoby wypełniającej ankietę

Data wypełnienia