

[ TABELA 7 ] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ (2)

| czynności w zakresie samoobsługi |                                                                                          | całkowicie samodzielnie | częściowo samodzielnie | niesamodzielnie |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------|
| utrzymanie higieny osobistej     | mycie całego ciała ( <input type="checkbox"/> wanna / <input type="checkbox"/> prysznic) |                         |                        |                 |
|                                  | mycie przy umywalce                                                                      |                         |                        |                 |
|                                  | mycie głowy / włosów                                                                     |                         |                        |                 |
|                                  | czesanie się                                                                             |                         |                        |                 |
|                                  | korzystanie z toalety (czynności fizjologiczne)                                          |                         |                        |                 |
|                                  | mycie zębów (protezy zębowej)                                                            |                         |                        |                 |
|                                  | golenie                                                                                  |                         |                        |                 |
|                                  | obcinanie paznokci u rąk i nóg                                                           |                         |                        |                 |
| ubieranie i rozbieranie się      | przygotowanie ubrań                                                                      |                         |                        |                 |
|                                  | nałożenie ubrań                                                                          |                         |                        |                 |
|                                  | zdejście ubrań                                                                           |                         |                        |                 |
|                                  | zapinanie guzików                                                                        |                         |                        |                 |
|                                  | zakładanie i sznurowanie butów                                                           |                         |                        |                 |
| spożywanie posiłków              | przygotowanie poszczególnych posiłków                                                    |                         |                        |                 |
|                                  | posługiwanie się sztućcami                                                               |                         |                        |                 |
|                                  | sięganie po jedzenie                                                                     |                         |                        |                 |
|                                  | wkładanie jedzenia do ust                                                                |                         |                        |                 |
| inne czynności                   | przyjmowanie leków                                                                       |                         |                        |                 |
|                                  | stosowanie zmodyfikowanej diety                                                          |                         |                        |                 |

[ TABELA 8 ] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ (3)

| czynności w zakresie poruszania się                                                   |                                                | całkowicie samodzielnie | częściowo samodzielnie (przy asekuracji / w towarzystwie innej osoby) | częściowo samodzielnie (z pomocą kul, laski, balkonika, wózka inwalidzkiego) | niesamodzielnie (stałe korzystanie z wózka inwalidzkiego) | niesamodzielnie (jestem osobą leżącą) |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| zdolność do przemieszczania się                                                       | zmiana pozycji ciała                           |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |
|                                                                                       | przemieszczanie się po powierzchniach płaskich |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |
|                                                                                       | wchodzenie i schodzenie po schodach            |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |
|                                                                                       | poruszanie się po domu                         |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |
|                                                                                       | wychodzenie z domu                             |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |
| zdolność do korzystania z publicznych środków transportu (autobus, tramwaj, PKP, PKS) |                                                |                         |                                                                       |                                                                              |                                                           |                                       |

[ TABELA 9 ] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ (4)

| zdolność w zakresie komunikowania się                                                                                                                                           | pełna | ograniczona                                                                                                 |                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>zdolność do słyszenia</b><br>(Czy została stwierdzona choroba narządu słuchu? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie )                                    |       | <input type="checkbox"/> potrzebuję wsparcia innej osoby                                                    | <input type="checkbox"/> korzystam z aparatu słuchowego<br><input type="checkbox"/> korzystam z innego sprzętu (jaki?) .....                                                   |
| <b>zdolność do widzenia</b><br>(Czy została stwierdzona choroba narządu wzroku? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie )                                     |       | <input type="checkbox"/> potrzebuję wsparcia innej osoby                                                    | <input type="checkbox"/> korzystam z okularów / soczewek<br><input type="checkbox"/> znam język Braille'a<br><input type="checkbox"/> korzystam z innego sprzętu (jaki?) ..... |
| <b>zdolność do artykulacji i rozumienia mowy</b> (kontakt słowny)<br>(Czy została stwierdzona choroba narządu mowy? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie ) |       | <input type="checkbox"/> brak kontaktu słownego<br><input type="checkbox"/> potrzebuję wsparcia innej osoby | <input type="checkbox"/> znam język migowy<br><input type="checkbox"/> korzystam ze środków pomocniczych (jakie?) .....                                                        |