|  |
| --- |
|  |
| Kwestionariusz Dotyczący Zdrowia |
|  |
|  |
| wersja polska do użytku w Polsce |
|  |
| *(Polish version for Poland)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Pod każdym nagłówkiem proszę zaznaczyć JEDEN kwadrat, aby wybrać stwierdzenie najlepiej określające Pana/Pani zdrowie DZISIAJ. | |
| PORUSZANIE SIĘ |  |
| Nie mam żadnych problemów z chodzeniem | ❑ |
| Mam niewielkie problemy z chodzeniem | ❑ |
| Mam umiarkowane problemy z chodzeniem | ❑ |
| Mam poważne problemy z chodzeniem | ❑ |
| Nie jestem w stanie chodzić | ❑ |
| SAMOOBSŁUGA |  |
| Nie mam żadnych problemów z myciem i ubieraniem się | ❑ |
| Mam niewielkie problemy z myciem i ubieraniem się | ❑ |
| Mam umiarkowane problemy z myciem i ubieraniem się | ❑ |
| Mam poważne problemy z myciem i ubieraniem się | ❑ |
| Nie mogę sam/a się umyć ani ubrać | ❑ |
| ZWYKŁE CZYNNOŚCI *(np. praca, nauka, zajęcia domowe, aktywności rodzinne, zajęcia w czasie wolnym)* |  |
| Nie mam żadnych problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności | ❑ |
| Mam niewielkie problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności | ❑ |
| Mam umiarkowane problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności | ❑ |
| Mam poważne problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności | ❑ |
| Nie jestem w stanie wykonywać moich zwykłych czynności | ❑ |
| BÓL / DYSKOMFORT |  |
| Nie odczuwam żadnego bólu ani dyskomfortu | ❑ |
| Odczuwam niewielki ból lub dyskomfort | ❑ |
| Odczuwam umiarkowany ból lub dyskomfort | ❑ |
| Odczuwam silny ból lub dyskomfort | ❑ |
| Odczuwam krańcowy ból lub dyskomfort | ❑ |
| NIEPOKÓJ / PRZYGNĘBIENIE |  |
| Nie jestem niespokojny/a ani przygnębiony/a | ❑ |
| Jestem trochę niespokojny/a lub przygnębiony/a | ❑ |
| Jestem umiarkowanie niespokojny/a lub przygnębiony/a | ❑ |
| Jestem bardzo niespokojny/a lub przygnębiony/a | ❑ |
| Jestem krańcowo niespokojny/a lub przygnębiony/a | ❑ |

Najlepsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić

10

0

20

30

40

50

60

80

70

90

100

5

15

25

35

45

55

75

65

85

95

|  |
| --- |
| Chcielibyśmy wiedzieć jak dobre lub jak złe jest Pana/Pani zdrowie DZISIAJ. |
| Ta skala jest ponumerowana od 0 do 100. |
| 100 oznacza najlepsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić. 0 oznacza najgorsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić. |
| Proszę zaznaczyć krzyżykiem (X) miejsce na skali, które pokazuje jakie jest Pana/Pani zdrowie DZISIAJ. |
| Teraz liczbę, którą zaznaczył/a Pan/i na skali proszę wpisać w okienko poniżej. |

PANA/PANI ZDROWIE DZISIAJ =

Najgorsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić