

KWESTIONARIUSZ Nr

1. Potrzebuję więcej informacji na temat mojej choroby
 - Tak
 - Nie
2. Potrzebuję więcej informacji na temat mojego stanu zdrowia w przyszłości
 - Tak
 - Nie
3. Potrzebuję więcej informacji dotyczących wykonywanych badań
 - Tak
 - Nie
4. Potrzebuję więcej informacji na temat mojego leczenia
 - Tak
 - Nie
5. Chciałabym/chciałbym w większym stopniu uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących mojego leczenia
 - Tak
 - Nie
6. Chciałabym/chciałbym, aby lekarze i pielęgniarki przekazywali mi informacje bardziej zrozumiałym językiem/w bardziej zrozumiały sposób
 - Tak
 - Nie
7. Chciałabym/chciałbym, aby lekarze byli ze mną bardziej szczerzy
 - Tak
 - Nie
8. Potrzebuję bliższego kontaktu z lekarzem
 - Tak
 - Nie
9. Chciałabym/chciałbym, aby moje objawy (np. ból, nudności, bezsenność) były lepiej łagodzone
 - Tak
 - Nie
10. Potrzebuję więcej pomocy przy czynnościach takich jak jedzenie, ubieranie się, korzystanie z toalety
 - Tak
 - Nie
11. Potrzebuję większego poszanowania mojej intymności/prywatności
 - Tak
 - Nie
12. Chciałabym/chciałbym, aby pielęgniarki okazywały mi więcej uwagi/zainteresowania
 - Tak
 - Nie
13. Chciałabym/chciałbym, aby lekarze umieli rozpraszać moje wątpliwości
 - Tak
 - Nie

14. Chciałabym/chciałbym, aby w szpitalu były lepsze warunki (np. stan łazienek, jakość posiłków)
- Tak
 - Nie
15. Potrzebuję więcej informacji dotyczących należnych mi świadczeń socjalnych związanych z moją chorobą
- Tak
 - Nie
16. Potrzebuję pomocy finansowej
- Tak
 - Nie
17. Chciałabym/chciałbym mieć możliwość spotkania/rozmowy z psychologiem
- Tak
 - Nie
18. Chciałabym/chciałbym mieć możliwość spotkania/rozmowy z księdzem
- Tak
 - Nie
19. Chciałabym/chciałbym mieć możliwość spotkania/rozmowy z osobami, które mają taką samą chorobę
- Tak
 - Nie
20. Chciałabym/chciałbym, aby moi bliscy bardziej mnie wspierali
- Tak
 - Nie
21. Chciałabym/chciałbym czuć się bardziej potrzebna/y mojej rodzinie
- Tak
 - Nie
22. Chciałabym/chciałbym czuć się mniej samotna/y
- Tak
 - Nie
23. Chciałabym/chciałbym, aby ludzie okazywali mi mniej współczucia/litości
- Tak
 - Nie

METRYCZKA Nr

1. Płeć:

- kobieta
- mężczyzna

2. Wiek:lat

3. Wykształcenie:

- podstawowe
- średnie/zawodowe
- wyższe

4. Miejsce zamieszkania

- miasto, jakie
- wieś

5. Aktywność zawodowa

- uczeń/student
- nadal pracuję zawodowo
- w chwili obecnej L4 lub zasiłek rehabilitacyjny
- bezrobotny
- emeryt
- rencista

6. Stan cywilny

- mężatka/zonaty lub w stałym związku
- mój związek zakończył się w trakcie lub w związku z chorobą
- panna/kawaler
- rozwiedziona/rozwiedziony
- wdowa/wdowiec

7. Mieszkam

- tylko ze współmałżonkiem lub partnerem/partnerką
- ze współmałżonkiem lub partnerem/partnerką i z dzieckiem/dziećmi
- tylko z dzieckiem/dziećmi
- z innym członkiem rodziny
- samotnie

8. Czy ktoś z Pani/Pana najbliższej rodziny lub przyjaciół jest lekarzem?

- tak
- nie

9. Rozpoznanie choroby:.....

10. Przybliżona data rozpoznania choroby:.....
(miesiąc/rok)