Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Blankett för förhandsuppgifter för närstående- och familjevårdare

Närstående- och familjevårdare

Namn:

Födelsedatum:

Adress:

Telefon:

Hur länge har du arbetat som närståendevårdare eller familjevårdare

☐ 0 – 2 år

☐ 2 – 5 år

☐ 5 – 10 år

☐ över 10 år

Jag tar hand om

☐ barn (0 – 12 år)

☐ unga (13 – 17 år)

☐ vuxen (över 18 år)

☐ äldre person (över 65 år)

Boende

Boendeform

☐ jag bor i ett egnahemshus

☐ ja bor i ett radhus

☐ jag bor i ett höghus

☐ jag bor i ett parhus

Har bostaden vatten, avlopp och elektricitet

☐ ja

☐ inte

Finns det en toalet i bostaden

☐ ja

☐ inte

Finns det ett tvättrum/dusch i bostaden

☐ ja

☐ inte

Finns det en tvättmaskin i bostaden

☐ ja

☐ inte

Finns det en diskmaskin i bostaden

☐ ja

☐ inte

Är bostaden hinderfri

☐ ja

☐ inte

Bostaden ligger närä tjänster

☐ ja

☐ inte

Vem/vilka bor du med, t.ex. make/maka, barn, mor, osv.

Utbildning och arbetshistoria

Utbildning och arbetshistoria

Jag är för närvarande

☐ förvärvsarbetande i arbetsför ålder

☐ i arbetsför ålder, inte i arbetslivet

☐ pensionär i arbete

☐ pensionerad

Möjligheter att skötä ärenden

Huvudsakliga sättet att uträtta ärenden

☐ gående/cyklande

☐ med egen bil självständigt

☐ jag får skjuts av familj/bekanta

☐ med offentliga färdmedel

☐ svårigheter med att kunna gå och uträtta ärenden

☐ på något annat sätt, hur:

Hälsa och näring

Jag upplever att mitt hälsotillstånd är

☐ mycket god hälsa

☐ god hälsa

☐ måttlig hälsa

☐ dålig hälsa

☐ mycket dålig hälsa

Har ditt hälsotillstånd förändrats under de senaste två åren

☐ ja

☐ inte

Hur:

Har du diagnosticerade sjukdomar

☐ ja

☐ inte

Vilka:

Har du i bruk läkemedel

☐ inte

☐ 1 – 3 receptbelagda läkemedel

☐ 4 – 6 receptbelagda läkemedel

☐ mer än 6 receptbelagda läkemedel

Använder du kosttillskott/vitaminer/hälsokostprodukter

☐ ja

☐ nej

Tycker du att du hör bra

☐ ja

☐ nej

☐ jag använder hörapparat

Tycker du att du ser bra ut

☐ ja

☐ nej

☐ jag bär glasögon

Har du besökt en tandläkare eller mundhygienist under de senaste två åren

☐ ja

☐ nej

Har du specialdieter eller födoämnesallergier

☐ ja

☐ inte

Vilka:

Har din aptit förändrats på sistone

☐ ja

☐ inte

Hur:

Jag äter fisk/kött/kyckling omväxlande varje dag

☐ ja

☐ nej

Jag äter mjölkprodukter varje dag

☐ ja

☐ nej

Jag äter grönsaker/bär/frukt omväxlande varje dag

☐ ja

☐ nej

Jag äter mjuka fetter dagligen, t.ex. växtbaserad olja och margarin

☐ ja

☐ nej

Jag äter hårda fetter varje dag, t.ex. smör

☐ ja

☐ nej

Alkohol, droger och beroende

Röker du eller använder du snus

☐ ja

☐ nej

☐ jag har rökt

☐ jag har använt snus

Hur mycket:

Hur ofta dricker du öl, cider, vin eller andra alkoholhaltiga drycker

☐ aldrig

☐ en gång i månaden eller mer sällan

☐ 2 – 4 gånger i månaden

☐ 2 – 3 gånger i veckan

☐ 4 gånger i veckan eller oftare

Hur många portioner alkohol du tar de dagar du dricker alkohol (1 portion = en 0,33 l flaska/burk öl eller 12 cl vin eller 4 cl starkvaror)

☐ 1 – 2 portioner

☐ 3 – 4 portioner

☐ 5 – 6 portioner

☐ 7 – 9 portioner

☐ 10 portioner eller mer

Använder du andra berusningsmedel eller narkotiska medel

☐ ja

☐ nej

Berättar du mer:

Har du några andra beroenden som stör ditt liv

☐ ja

☐ inte

Berättar du mer:

Motion

Ja kan gå på plan mark utan att vila

☐ mindre än 0,5 km

☐ över 0,5 km

Jag kan gå en våning upp utan att vila

☐ ja

☐ nej

Har du ramlat inom ett halvår eller är du rädd för att ramla

☐ ja

☐ nej

Berättar du mer:

Har du något rörelsehjälpmedel

☐ ja

☐ inte

Vilket:

Vilka motionsformer eller hurdan vardagsmotion utövar du och hur ofta

Vilka andra aktiviteter eller fritidsintressen har du utanför hemmet och hur ofta

Livskvalitet

Behöver du hjälp med dagliga aktiviteter

☐ ja

☐ nej

Berättar du mer:

Känner du dig ensam

☐ ja

☐ då och då

☐ nej

Har du närä relationer

☐ ja

☐ inte

Har du ekonomiska bekymmer som belastar din vardag

☐ ja

☐ inte

Är du nöjd med ditt liv

☐ ja

☐ nej

Berättar du mer:

Hur bra sover du

☐ jag sover gott

☐ jag sover måttligt

☐ jag sover dåligt

Hurdan upplever du ditt minne vara

☐ mitt minne är bra

☐ mitt minne är måttligt

☐ mitt minne är dåligt

Hurdan upplever du din sinnesstämning vara

Så här sköter jag om min egen hälsa och ork som närståendevårdare eller familjevårdare

Tack för att du fyller i blanketten !