

CO ZROBIĆ ŻEBY WZIĄĆ UDZIAŁ W ZADANIU PUBLICZNYM?

KROK 1

Wypełnij ankietę
tradycyjnie
lub on-line

KROK 2

Wypełnioną ankietę
zostaw w Regionalnym
Centrum Zdrowia lub
prześlij on-line

KROK 3

Czekaj na informację
o zakwalifikowaniu się
do następnego etapu

ANKIETĘ PAPIEROWĄ OTRZYMASZ W REGIONALNYM CENTRUM ZDROWIA

ANKIETA ON-LINE DOSTĘPNA NA STRONIE: www.fundacjarcz-zbaszyn.pl



STAWY OBWODOWE

*Darmowe
konsultacje z ortopedą
fizjoterapeutą i dietetykiem*

*Zapraszamy do
wypełnienia ankiety!*

ANKIETA



*Darmowe
konsultacje i pomoc
medyczna!*

BÓL

STOPA • KOSTKA • KOLANO
BIODRO • NADGARSTEK
ŁOKIEĆ • RAMIĘ • BARK



ZADANIE PUBLICZNE DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ZBĄSZYŃ
WSPÓŁFINANSOWANE PRZEZ GMINĘ ZBĄSZYŃ



FUNDACJA OCHRONA ZDROWIA,
OPIEKA I TROSKA, ZBĄSZYŃ
ul. Na Kępie 3
64-360 Zbąszyń

tel. 68 386 7777
www.fundacjarcz-zbaszyn.pl

f BĄDŹ NA BIEŻĄCO!

„Ochrona i promocja zdrowia dla mieszkańców
gminy Zbąszyń w zakresie rehabilitacji medycznej
schorzeń zwyrodnieniowych stawów obwodowych”



IMIĘ	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Ochrona Zdrowia Opieka i Troska przy ul. Na Kępie 3, 640- 360 Zbąszyn, NIP: 7881998461, KRS: 0000560070, w celu realizacji zadania publicznego w zakresie profilaktyki zdrowotnej i opieki medycznej, przy zachowaniu przepisów rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
ADRES ZAMIESZKANIA	
TELEFON DO KONTAKTU	
WAGA WZROST	 DATA PODPIS

1. Czy posiadasz choroby współistniejące? *

- ☐ Cukrzyca
☐ Nadciśnienie tętnicze
☐ Tarczycza (guzki/nadczynność, niedoczynność, itp.)
☐ Choroba serca
☐ Zakrzepica
☐ Dna moczanowa
☐ Inne:

***MOŻNA ZAZNACZYĆ
WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ
ODPOWIEŹ**

2. Aktywność zawodowa: *

- ☐ Pracuje fizycznie
☐ Pracuje umysłowo
☐ Jestem rencistą
☐ Jestem emerytem - w przeszłości praca: fizyczna / umysłowa / mieszana

**PODKREŚL
ODPOWIEŹ**

3. Czy w przeszłości lub obecnie wykonywany był/jest powtarzalny ruch fizyczny obciążający dany staw?

- ☐ Tak ☐ Nie

4. Oceń swoje dolegliwości bólowe: *

(skala 1-3, gdzie: 1 - słabo/czasami, 2 - średnio/często, 3 - boli mocno cały czas)

	1	2	3
Stawy dłoni (palce)			
Nadgarstki			
Łokieć			
Obręcz barkowa			
Biodra			
Kolana			
Stawy stopy			
Kostka			

**ZAZNACZ
KRZYŻYKIEM
WARTOŚĆ**

5. Czy jesteś aktywny/na ruchowo?

- ☐ Tak (np. jazda rowerem/uprawianie ogródka /drobne prace wokół domu)
☐ Staram się (tzn. w miarę możliwości/jak nie boli/bo wówczas ból trochę słabnie)
☐ Mało się ruszam (nie mam czasu/ tylko tyle co w domu/ nie mam ochoty)
☐ Raczej nie (ból nie pozwala mi na dodatkową aktywność)

6. Najczęściej przemieszczam się:

- ☐ chodzę pieszo
☐ jeżdżę rowerem
☐ jeżdżę samochodem

7. Czy stwierdzono u Ciebie schorzenia układu ruchu?

- ☐ Nie, nie byłem jeszcze w tym kierunku diagnozowany
☐ Tak
☐ Jakie:.....
 (np. zwyrodnienie kręgosłupa, RZS, rwa kulszowa, itp.)
☐ Mam wadę postawy (koślawość, płaskostopie, skrzywienie kręgosłupa..)

8. Czy ból związany jest z wypadkiem/urazem z przeszłości?

- ☐ Tak, doświadczyłem (np. złamania..)
☐ Nie

9. Czy ból pojawia się w nocy?

- ☐ Tak, nie pozwala zasnąć
☐ Tak, wybudza mnie
☐ Raczej nie

10. Czy ból pojawia się w spoczynku/bezruchu?

- ☐ Tak
☐ Nie

11. Czy ostatnio straciłeś/aś na wadze?

- ☐ Tak
☐ Nie

12. Czy brałeś/aś udział w poprzednim zadaniu publicznym?

- ☐ Tak
☐ Nie