

KWESTIONARIUSZ DIAGNOSTYCZNY [Dla dorosłego]

Pacjent

Klient/Opiekun

Provider

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Pesel

Email

Email

Data urodzenia

Telefon

Telefon

Placówka

Wywiad chorobowy

Czy pacjent uległ wypadkowi z urazem głowy? Tak Nie

Jakie? *

Czy pacjent miał jakieś inne operacje? Tak Nie

Jakie? *

Czy pacjent przeżył operację uszu, gardła lub inne w dzieciństwie? Tak Nie

- wycięcie migdałka
- drenaż jam bębenkowych

Czy pacjent choruje na choroby przewlekłe? * Tak Nie

Jakie? *

Czy pacjent ma aktualnie niedosłuch? * Tak Nie

- lekki ubytek (21-40 dB)
- średni (41-70 dB)
- znaczny (71-90 dB)

Czy pacjent ma często przewlekły katar? Tak Nie

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent chorował? Tak Nie

- zapalenie uszu
- angina
- infekcja wirusowa
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

Czy pacjent nosi aparat słuchowy? Tak Nie

- obustronnie
- lewostronnie
- prawostronnie

Czy pacjent przyjmuje na stałe leki? * Tak Nie

- kardiologiczne
- alergiczne
- neurologiczne, jakie?

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

- psychiatryczne, jakie?

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

Czy pacjent chorował na choroby zakaźne? Tak Nie

Jakie? *

Czy pacjent chorował na uszy? Tak Nie

- zapalenie ucha wewnętrznego/środkowego
- wysiękowe zapalenie ucha
- perlak

Czy pacjent jest nadwrażliwy na głośne dźwięki? * Tak Nie

- urządzeń domowych
- hałas w pracy
- dźwięk syreny pogotowia
- wysokie/piskliwe tony
- niskie tony

Czy pacjent miał już badany słuch? Kiedy? Tak Nie

- powyżej roku
- w ciągu ostatniego roku

Czy ktoś w rodzinie ma niedosłuch? Tak Nie

Czy pacjent często choruje na przeziębienia lub anginy (więcej niż raz w roku)? Tak Nie

Czy pacjent przeszedł udar? Tak Nie

Czy pacjent choruje na choroby neurologiczne? * Tak Nie

- epilepsja (w wypadku występowania u pacjenta epilepsji, przed przystąpieniem do treningu wymagana jest pisemna zgoda neurologa na podjęcie ćwiczeń słuchowych)
- mózgowie porażenie dziecięce
- inne choroby układu nerwowego
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

Czy pacjentowi zdarza się słyszeć dźwięki w uchu/uszach gdy w pomieszczeniu jest cicho, tzw. szumy uszne? Tak Nie

Czy czułość słuchu pacjenta jest w normie tzn. słyszy na poziomie lepszym lub równym 20dB HL? * Tak Nie

Czy pacjent ma zdiagnozowaną alergię? Tak Nie

Objawy obserwowane u pacjenta

Czy pacjent ma trudności z nauką języka obcego?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy pacjent ma trudności z rozumieniem poleceń lub dłuższych wypowiedzi?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy pacjent ma trudności z synchronizacją ruchową?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy pacjent ma trudności z rozpoznaniem skąd pochodzi dźwięk?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy pacjent ma trudności z rozumieniem mowy w hałasie?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy pacjent ma problemy z uczeniem się ze słuchu lub poprawnym pisaniem ze słuchu?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy pacjent odczuwa dyskomfort słysząc głośne dźwięki lub hałas?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy pacjent ma trudności z koncentracją uwagi (łatwo się rozprasza)?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy pacjent potrafi dłużej utrzymać uwagę na zadaniu/poleceniu?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy pacjent ma problemy z odczytaniem treści emocjonalnej zawartej w wypowiedzi, np. sarkazm?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy pacjent ma trudności z rozumieniem rozmowy telefonicznej, szczególnie w głośnym otoczeniu?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy pacjent ma trudności ze zrozumieniem, gdy ktoś szybko mówi?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne uwagi

Podpis klienta/opiekuna

Podpis providera