

## ANKIETA NASILENIA OBJAWÓW [Dla dorosłego]

Pacjent

Klient/Opiekun

Provider

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Pesel

Email

Email

Data urodzenia

Telefon

Telefon

Placówka

### Objawy obserwowane u pacjenta

Czy pacjent ma trudności z nauką języka obcego?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

Czy pacjent ma trudności z rozumieniem poleceń lub dłuższych wypowiedzi?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

Czy pacjent ma trudności z synchronizacją ruchową?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

Czy pacjent ma trudności z rozpoznaniem skąd pochodzi dźwięk?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

Czy pacjent ma trudności z rozumieniem mowy w hałasie?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

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

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

Czy pacjent odczuwa dyskomfort słysząc głośne dźwięki lub hałas?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

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