KWESTIONARIUSZ OCZEKIWAŃ I POTRZEB KLIENTA PZN

Wypełnienie poniższej ankiety pomoże nam dostosować oferowane wsparcie do Pana/Pani indywidualnych potrzeb oraz wpłynie pozytywnie na jakość świadczonych przez nas usług.

I. Informacje podstawowe

Imię i nazwisko:

……

Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ze względu na stan wzroku (04-0)?

Tak **Nie**

Jeżeli tak, jaki stopień?

……

(Jeżeli nie, należy przekazać klientowi informacje jak je uzyskać)

Czy chce Pan/Pani należeć do PZN?

Tak **Nie**

(Jeśli tak, należy przekazać informacje o procedurze przyjęcia do PZN oraz przekazać kartę osobową członka do wypełnienia.
Jeśli nie, poinformować o innych instytucjach świadczących pomoc).

II. Czy chce Pan/Pani korzystać z usług informacyjno-doradczych w PZN (np. informacje o PZN, informacje o turnusach rehabilitacyjnych, prezentacja sprzętu rehabilitacyjnego, zasady bezpiecznego i samodzielnego poruszania się, dostępność wydawnictw dla niewidomych, zagospodarowanie czasu wolnego, turystyka i imprezy rekreacyjne, kwestie prawne, system wsparcia dla rodzin).

Tak **Nie**

Która z wyżej wymienionych usług interesuje Pana/Panią najbardziej? (proszę wymienić)

……
……
……

……
……

III. Czy chce Pan/Pani korzystać z rehabilitacji podstawowej w PZN, takiej jak:

1. Czynności życia codziennego (np. samoobsługa, przygotowywanie posiłków, sprzątanie, dbanie o odzież, dawkowanie leków, robienie zakupów)?

Tak **Nie**

Które z wyżej wymienionych zajęć interesują Pana/Panią najbardziej? (proszę wymienić)

……
……
……
……
……..

2. Orientacja przestrzenna (np. orientacja przestrzenna i poruszanie się w przestrzeni: zamkniętej znanej, zamkniętej nieznanej, otwartej, stosowanie technik ochronnych, poruszanie się z białą laską, poruszanie się z przewodnikiem, poruszanie się z psem przewodnikiem)

Tak **Nie**

Które z wyżej wymienionych zajęć interesują Pana/Panią najbardziej? (proszę wymienić)

……
……
……
……
……

3. Usprawnianie widzenia (np. pomoce optyczne, pomoce nieoptyczne, funkcjonalne następstwa uszkodzenia wzroku, programy rehabilitacji wzroku, dostępność przestrzeni publicznej)

Tak **Nie**

Które z wyżej wymienionych zajęć interesują Pana/Panią najbardziej? (proszę wymienić)

……
……
……
……
……..

4. Nauka pisma brajla i innych technik komunikacji (np. brajl, powiększony druk, urządzenia komputerowe, urządzenia lektorskie, nośniki informacji)

Tak **Nie**

Które z wyżej wymienionych zajęć interesują Pana/Panią najbardziej? (proszę wymienić)

……
……
……
……
……

5. Pomoc psychologiczna

Tak **Nie**

6. Zajęcia i spotkania integracyjne (np. aktywność ruchowa, aktywność intelektualna, imprezy w kołach, kluby zainteresowań, wycieczki)

Tak **Nie**

Które z wyżej wymienionych zajęć interesują Pana/Panią najbardziej? (proszę wymienić)

……
……
……
……

IV. Inne oczekiwania, potrzeby (proszę wymienić)

……
……
……
……
……