

Dato:

Udfyldt af:



Zibo Athene
...gør en forskel

Evalueringsskema til før og efter brug af kædedyner, kædetæpper og kædeveste.

Grundlæggende oplysninger

- Navn _____
- Alder _____
- Hvilket hjælpemiddel afprøves? (eks. kædedyner, kædetæpper, kædeveste eller lign)

- Hvilken vægt har hjælpemidlet? (eks. 4 kg, 6 kg eller lign.)

- Hvad er årsagen til brug af hjælpemidlet? Diagnose eller symptomer: (eks. dårlig nattesøvn, angst eller lign.)

- Har du oplevet noget, som kunne påvirke dig? (eks. dødsfald, skilsmisse eller lign.)

- Har du tidligere benyttet andre hjælpemidler? (eks. kæde/kugledyner, massagestol eller lign.)

- Benytter du andre behandlingsformer? (eks. terapi, lysterapi, medicin, psykolog eller lign.)

- Hvad er målet ved brugen af hjælpemidlet? (eks. sove bedre, være med udhvilet eller lign.)

Dato:

Udfyldt af:



Zibo Athene
...gør en forskel

Del 1: Nattesøvn

Hvor enig er du i følgende udsagn? (sæt kryds)

	Enig	Delvist enig	Delvist uenig	Uenig	Ved ikke/ikke relevant
Jeg falder hurtigt til ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg falder hurtigt i søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg sover hele natten uden opvågninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg sover godt om natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ligger roligt om natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler mig udhvilet når jeg vågner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan er din døgnrytme?

Stod op klokken

Gik i seng klokken

Mandag: _____

Tirsdag: _____

Onsdag: _____

Torsdag: _____

Fredag: _____

Lørdag: _____

Søndag: _____

Dato:

Udfyldt af:



Zibo Athene
...gør en forskel

Del 2: Aktivitet og deltagelse

Hvor enig er du i følgende udsagn? (sæt kryds)

	Enig	Delvist enig	Delvist uenig	Uenig	Ved ikke/ikke relevant
Jeg kan udføre de aktiviteter, som jeg ønsker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er god til, at igangsætte nye aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er god til at koncentrere mig, om mine aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deltager socialt med min omgangskreds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan selv klare min egenomsorg (eksempelvis gå i bad, børste tænder og lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg klarer selv mine aktiviteter i hjemmet (eksempelvis rengøring, tøjvask og lign)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler, at jeg har overskud og trives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uddyb gerne hvilke aktiviteter/dagligdagsgøremål du kan/ikke kan.

Hvis du ikke kan udføre de aktiviteter/dagligdagsgøremål, du ønsker, hvad tror du så grunden til dette er?

Dato:

Udfyldt af:



Zibo Athene
...gør en forskel

Del 3: Tilfredshed med virkningen af hjælpermidlet efter brug

Hvor mange timer i døgnet har du ca. anvendt hjælpermidlet? Uddyb gerne.

Hvis du har et ønske om at fortsætte med at benytte hjælpermidlet, så uddyb gerne.

Har din adfærd ændret sig efter brug af hjælpermidlet (eks. appetit, humør eller lign.) Uddyb gerne.

Har dit forbrug af medicin (eks. sovemedicin eller lign.) ændret sig efter brug af hjælpermidlet? Ja/nej - Uddyb gerne.

På en skala fra 1-10 hvor tilfreds er du med hjælpermidlet, som helhed?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overhovedet
ikke tilfreds

Fuldt ud
tilfreds

Uddyb gerne.
