

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:

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
Jeg falder hurtigt i søvn
Jeg sover hele natten uden opvågninger
Jeg sover godt om natten
Jeg ligger roligt om natten
Jeg føler mig udhvilet når jeg vågner

Hvordan er din døgnrytme?

Stod op klokken

Gik i seng klokken

Mandag:

Tirsdag:

Onsdag:

Torsdag:

Fredag:

Lørdag:

Søndag:

Dato:

Udfyldt af:

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
Jeg er god til, at igangsætte nye aktiviteter
Jeg er god til at koncentrere mig, om mine aktiviteter
Jeg deltager socialt med min omgangskreds
Jeg kan selv klare min egenomsorg (eksempelvis gå i bad, børste tænder og lign.)
Jeg klarer selv mine aktiviteter i hjemmet (eksempelvis rengøring, tøjvask og lign)
Jeg føler, at jeg har overskud og trives

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:

Del 3: Tilfredshed med virkningen af hjælpemidlet efter brug

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

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

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

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

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Overhovedet
ikke tilfreds

Fuldt ud
tilfreds

Uddyb gerne.