

Załącznik Nr 6 do Ankiety kwalifikacyjnej OPW

SKALA LAWTONA
SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO IADL
wypełnia osoba badana lub opiekun

Data badania [rrrr-mm-dd]:

Proszę wpisać przyznaną punktację przy każdym pytaniu wg następującej skali: 3 punkty - bez pomocy; 2 punkty - z niewielką pomocą; 1 punkt - zupełnie nie.

Pytanie	Punkty
Czy potrafisz korzystać z telefonu?	
Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?	
Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze?	
Czy możesz sam przygotować posiłki?	
Czy możesz sam wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)?	
Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu?	
Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy?	
Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki?	
Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi?	
RAZEM	

.....
(podpis opiekuna faktycznego)