

**POLSKIE TOWARZYSTWO STWARDNIENIA ROZSIANEGO
ODDZIAŁ WARSZAWSKI**

Nr

ANKIETA dot. przyjęcia w poczet członków zwyczajnych PTSR OW

Nazwisko.....Imię.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania:

Kod Miasto.....Gmina.....

Dzielnica.....Ulica.....nr.....m.....tel.....

Tel. kom.E-mail.....

Dodatkowy kontakt :

Nazwisko, imię.....tel.

Informujemy, że ankieta jest skierowana do wszystkich chorych: tych, którzy diagnozę otrzymali niedawno i tych, którzy usłyszeli ją kilka lub kilkanaście lat temu. W związku z tym prosimy o wyrozumiałość. Odpowiedzi na te pytania pomogą nam lepiej przygotować nasze działania pomocowe w przyszłości oraz pomóc poszczególnym osobom.

STAN ZDROWIA

1. W którym roku Pani/Pan zachorowała na SM.....oraz w którym roku otrzymała Pani/Pan potwierdzenie diagnozy

2. Czy jest Pani/Pan na rencie? tak nie

Jeśli tak prosimy napisać kiedy renta została przyznana

Jeśli nie prosimy napisać czy skłania się Pani/Pan by wystąpić o rentę tak nie

I dlaczego?.....

3. Czy posiada Pani/Pan orzeczenie o niezdolności do pracy tak nie

Jeśli tak to jakie:

częściowa niezdolność do pracy

całkowita niezdolność do pracy

całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji

Natomiast jeśli wg starych zasad posiada Pani/Pan grupę inwalidzką, to którą:

I (znaczny stop. niepełnosprawności)

II (umiarkowany stop. niepełnosprawności)

III (lekki stopień niepełnosprawności)

nie ustalona

4. Czy Pani/ Pan używa pomocy ortopedycznych? tak nie

Jeśli tak, to jakich?

laskę kule balkonik wózek

5. Czy potrzebuje Pani /Pan sprzętu ortopedycznego? tak nie

Jeśli tak, to jakiego?

laskę kule balkonik wózek

inne pomoce

6. Czy używa Pani/Pan pieluch? stale czasem wcale

7. Czy używa Pani/Pan cewnika? tak nie

8. Czy korzysta Pani/Pan z rehabilitacji? tak nie

Jeśli tak, to jakiej?

na turnusach rehabilitant przychodzi do domu

samodzielnie ćwiczę ćwiczę w przychodni

Z jakiego innego rodzaju rehabilitacji Pani/Pan korzysta?

.....

9. Prosimy o wypełnienie tej tabeli te osoby, które mają kłopoty z poruszaniem się. Należy ją wypełnić wstawiając znak + w odpowiednim miejscu:

	Ubieranie	Mycie	Jedzenie	Przesiadanie z wózka na	
				Łóżko	Sedes
Samodzielnie					
Z niewielką pomocą					
Z pomocą					
Tylko z pomocą					

10. Czy chodzi Pani/Pan na wizyty do neurologa
 raz na miesiąc raz na kilka miesięcy raz na rok

11. Czy porusza się Pani/Pan:
 samodzielnie z pomocą drugiej osoby chory leżący

12. Jak jest stan Pani/Pana wzroku?
 w porządku okresowe zaburzenia
 poważne niedowidzenie całkowita utrata wzroku

13. Czy choroba niepokoi Panią/Pana bardzo trochę wcale

14. Inne uwagi na temat stanu zdrowia

.....
.....
.....

WARUNKI BYTOWE

15. Mieszkam

sama / sam z małżonkiem z dziećmi z rodzicami z innymi osobami

16. W jakich czynnościach dnia codziennego odczuwa Pani/Pan brak wystarczającej pomocy?

zakupy przy wyjściu z domu czytanie rozmowa

17. Czy są obszary, w których liczy Pani/Pan na pomoc Towarzystwa? tak nie

Jakie to są sprawy, w których moglibyśmy Pani/Panu pomóc?

.....
.....

18. Czy korzysta Pani /Pan z pomocy osób dochodzących? tak nie

Czy chce Pani /Pan, aby przychodził do Pani/Pana wolontariusz? tak nie

Czy chce Pani /Pan, aby przychodził do Pani/Pana Osobisty Asystent osoby chorej na SM tak nie

19. Jakie przeszkody architektoniczne utrudniają Pani/Panu wyjście z mieszkania na zewnątrz?

schody zbyt ciasna winda brak windy przeszkód nie ma

20. Czy mieszkanie jest przystosowane do Pani/Pana potrzeb i stanu zdrowia?

tak częściowo nie przystosowanie zbędne

21. Czy Pani/Pana sytuacja finansowa jest dobra średnia zła

22. Czy Pani/Pan pracuje?

tak nie

Jeśli tak to w jakim zakresie?

na pełnym etacie część etatu dorywczo

23. Jaki posiada Pani/Pan zawód wyuczony (wykształcenie).....
i zawód wykonywany.....

24. Dodatkowe informacje o własnej sytuacji, które uważa Pani/Pan za ważne

PTSR to organizacja samopomocową, w której każdy może pomagać i liczyć na pomoc innych.

Każdy z nas ma coś do dania innym: dojazd, obsługę komputera, fachową wiedzę, sprawne ręce lub oczy. Choroba zabrała nam zwykle bardzo wiele, ale nie odebrała nam wszystkim możliwości dawania i radości jaką się z niej czerpie. Czasem bywa tak, że coś, co dla jednej osoby jest dostępne dla drugiej staje się niemożliwe. Warto wtedy wiedzieć, że można liczyć na czyjąś pomoc. Warto też czuć, że mimo choroby, można być na tyle silnym, by pomagać innym.

Zastanówmy się, co każdy z nas może zrobić - dla organizacji, dla siebie i innych. Rozmowa, udzielanie informacji w biurze, pakowanie wysyłki, jest wyciągnięciem ręki do drugiej osoby.

Zaangażowanie się w pracę organizacji jest zaangażowaniem w pomoc samemu sobie.

W jakich w pracach Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego może Pani/Pan brać udział?

Pomagać w pakowaniu wysyłek tak nie

Pomagać w zdobywaniu funduszy tak nie

Pomagać w przygotowaniach spotkań członków OW PTSR tak nie

Pomagać w tłumaczeniach tak nie

Jeśli tak, to z jakiego języka.....

Jadąc swoim samochodem na spotkania PTSR, zabierać jeszcze kogoś tak nie

Pisać artykuły do naszego kwartalnika „Nadzieja” tak nie

A może jesteś „złotą rączką” i możesz pomagać w drobnych pracach technicznych? tak nie

Może masz zdolności plastyczne, muzyczne, artystyczne, którymi mógłbyś podzielić się z członkami podczas imprez integracyjnych tak nie

Jeśli tak to jakie to zdolności

Może masz inne propozycje w jakich jeszcze pracach mógłbyś uczestniczyć?

.....
.....
.....

Dziękujemy za wszelką zadeklarowaną pomoc.

Jak tylko będziemy potrzebowali Twojej pomocy, skontaktujemy się w celu omówienia szczegółów. Prosimy pamiętać o tym, że jesteś członkiem naszego Towarzystwa i zawsze możesz włączyć się do wspólnej pracy.

DEKLARACJA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego

Zobowiązuję się wpłacać składki roczne w wysokości 48,00 zł (stan z 01.01.2018 r.)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski (PTSR OW), z siedzibą w Warszawie, przy ul. Nowosieleckiej 12 w celach związanych z realizacją statutowych działań PTSR OW zgodnie z art. 2 i 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE D 119 z 4.05.2016, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem 2016/679”.

Data wypełnienia ankiety i deklaracji.....

Czytelny podpis.....

Przyjęto w poczet członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego w dn.

.....

Przewodniczący.....Pieczeń organizacji.....

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem chory/a na stwardnienie rozsiane.

.....
czytelny podpis