



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział Warszawski
00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12,
tel. 22 831 00 76/77, mail biuro@ptsr.waw.pl

CZĘŚĆ I - PSYCHOLOG

1. Ocena ewentualnych braków w umiejętnościach i kompetencjach ograniczających aktywność i samodzielność

UMIEJĘTNOŚCI/ KOMPETENCJE	PUNKTY: 0 - nie spełnia 1 - częściowo spełnia 2 - spełnia, jest mocną stroną uczestnika projektu
KOMUNIKATYWNOŚĆ <ul style="list-style-type: none">• <i>Jasno wyraża myśli</i>• <i>Nawiązuje kontakt wzrokowy</i>• <i>Wyraża się w sposób zrozumiały i poprawny</i>	<ul style="list-style-type: none">•••
PAMIĘĆ <ul style="list-style-type: none">• <i>Ma dobrą pamięć długotrwałą – wspomina dalsze wydarzenia, wie gdzie mieszka</i>• <i>Ma dobrą pamięć krótkotrwałą - pamięta o umówionych wizytach, tematach przeprowadzonych rozmów</i>	<ul style="list-style-type: none">••
KONCENTRACJA <ul style="list-style-type: none">• <i>Potrafi skoncentrować się na rozmowie, mówi na temat</i>• <i>W przypadku wykonywania czynności potrafi się na niej skupić</i>	<ul style="list-style-type: none">••
PEWNOŚĆ SIEBIE <ul style="list-style-type: none">• <i>Komunikacja niewerbalna sprzyja nawiązywaniu kontaktu</i>• <i>Charakteryzuje się kulturą osobistą, prospołecznością</i>	<ul style="list-style-type: none">••
RADZENIE SOBIE ZE STRESEM <ul style="list-style-type: none">• <i>Objawy stresu nie wpływają na efekty działań</i>• <i>Ma swoje sposoby na radzenie sobie ze stresem</i>	<ul style="list-style-type: none">••
WSPÓŁPRACA W GRUPIE <ul style="list-style-type: none">• <i>Potrafi współpracować z innymi</i>• <i>Lubi poznawać nowych ludzi, uczestniczyć w zajęciach grupowych</i>	<ul style="list-style-type: none">••
ODPOWIEDZIALNOŚĆ <ul style="list-style-type: none">• <i>Sumiennie podchodzi do obowiązków - potrafi podać przykłady</i>	<ul style="list-style-type: none">•



MOTYWACJA <ul style="list-style-type: none">• Posiada motywację do udziału w działaniach aktywizacyjnych, osiąga zamierzone przez siebie cele• Wykazuje się zaangażowaniem i aktywną postawą	<ul style="list-style-type: none">••
UWAGI:	SUMA PKT (MAX 32)

2. Określenie mocnych i słabych stron pod kątem zwiększenia samodzielności

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY

3. Jak ocenia Pan/i swój nastrój w ciągu ostatniego miesiąca?

- bardzo dobry dobry umiarkowany obniżony bardzo obniżony

4. Jak ocenia Pan/i swoją motywację do udziału w projekcie i korzystania z proponowanych w zał. 1 form wsparcia?

- bardzo duża duża średnia mała bardzo mała

5. Czy są przeciwwskazania (inne niż wskazane przez neurologa) do udziału w zajęciach rehabilitacyjnych (wymienionych w zał. 1)

- tak nie

Jeśli tak, to w których zajęciach beneficjent nie powinien uczestniczyć?.....
.....

.....
Data i podpis beneficjenta

.....
Data i podpis psychologa