



Inquadra codice per compilare
il modulo on line



NEMBRO E VILLA DI SERIO COMUNITA' AMICHE DELLA DEMENZA

I Comuni di Nembro e Villa di Serio stanno avviando un percorso per rendere le proprie comunità più accoglienti per le famiglie con persone affette da malattia di demenza. Compilando queste 4 domande ci aiuterai a rendere gli interventi più efficaci.

Dal momento che avete iniziato a prestare assistenza o ad avere contatto con la persona di cui Voi vi prendete cura, in che modo si sono modificati i seguenti aspetti della vostra vita?

1. AVETE.....tempo da dedicare a voi stessi, alla vostra famiglia, ai vostri amici, ai vostri impegni?

- MOLTO MENO
- UN PO' MENO
- LO STESSO
- UN PO' PIU'
- MOLTO DI PIU'

2. AVETE..... stress dal rapporto con il vostro familiare?

- MOLTO MENO
- UN PO' MENO
- LO STESSO
- UN PO' PIU'
- MOLTO DI PIU'

3. AVETE.....problemi di salute (es. malattie oppure nervosismo, depressione, insonnia)?

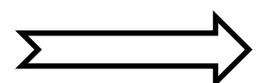
- MOLTO MENO
- UN PO' MENO
- LO STESSO
- UN PO' PIU'
- MOLTO DI PIU'

4. AVETE.....la sensazione che il vostro familiare vi stia prendendo in giro?

- MOLTO MENO
- UN PO' MENO
- LO STESSO
- UN PO' PIU'
- MOLTO DI PIU'

Il questionario è terminato. Ti ringraziamo del tempo che hai dedicato.

Se vuoi puoi lasciare i tuoi recapiti per poter essere contattato per maggiori approfondimenti. LA TUA COLLABORAZIONE SARA' PREZIOSA PER MIGLIORARE LA QUALITA' DEI NOSTRI SERVIZI



Nome e cognome del compilatore

Numero di Telefono

Email

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Indirizzo

**RAPPORTO DI PARENTELA
RISPETTO ALLA PERSONA
DI CUI TI PRENDI CURA**

QUANTI ANNI HAI?

SEI

- MENO DI 35 ANNI
- 36-55 ANNI
- 56-65 ANNI
- 66-75 ANNI
- PIU' DI 75 ANNI

- MASCHIO
- FEMMINA

- CONIUGE
- FIGLIO/A
- NIPOTE
- FRATELLO/SORELLA

Se vuoi puoi lasciare anche informazioni relative alla persona di cui ti prendi cura

**LA PERSONA DI CUI TI
PRENDI CURA E'**

- MASCHIO
- FEMMINA

QUANTI ANNI HA

- MENO DI 50 ANNI
- 51-60 ANNI
- 66-75 ANNI
- PIU' DI 75 ANNI

CON CHI VIVE

- SOLO/A
- CONIUGE
- FIGLIO/A
- ASSISTENTE
FAMILIARE

EVENTUALI SERVIZI GIA' ATTIVI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE | <input type="checkbox"/> RSA-CASA DI RIPOSO |
| <input type="checkbox"/> RSA APERTA | <input type="checkbox"/> ASSISTENTE FAMILIARE |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) | <input type="checkbox"/> PASTI A DOMICILIO |
| <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO INTEGRATO | <input type="checkbox"/> TRASPORTO SOCIALE |
| <input type="checkbox"/> CAFFE' SOCIALE/ALZHEIMER | <input type="checkbox"/> TELESOCCORSO |
- ALTRO

Nome e cognome della persona di cui ti prendi cura

Indirizzo

GRAZIE PER AVER PARTECIPATO