

BAŞ DÖNMESİ ENGELLİLİK ENVANTERİ FORMU

Tarih : Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek
Adı Soyadı : Doğum Tarihi : ____/____/____
Tc No : Telefon Numarası :

1- Yukarıya bakmak probleminizi etkiliyor mu?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

2- Probleminiz nedeni ile kendinizi huzursuz hissediyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

3- Probleminiz nedeni ile iş veya seyahat aktivitelerinizi kısıtlıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

4- Büyük alışveriş merkezlerinde dolaşmak probleminizi artırıyor mu?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

5- Probleminizden ötürü yatağa yatarken veya yataktan kalkarken zorlanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

6- Probleminiz nedeni ile yemeğe, sinemaya veya partiye gitmek gibi sosyal aktivitelerinizi kısıtlıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

7- Probleminiz nedeni ile okumakta zorlanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

8- Dans, spor, ev işleri (süpürme, bulaşıkları toplama vb...) şikayetlerinizi artırıyor mu?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

9- Probleminiz nedeni ile yanınızda birisi olmadan dışarı çıkmaya çekiniyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

10- Probleminiz nedeni ile başkaları karşısında kendinizi rahatsız hissediyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

11- Başınızın ani hareketleri şikayetlerinizi artırıyor mu?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

12- Probleminiz nedeni ile yüksek yerlerde bulunmaktan kaçınıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

13- Yatak içinde dönmek probleminizi artırıyor mu?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

14- Probleminiz nedeni ile yorucu ev/bahçe işleri yapmak zor geliyor mu?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

15- Probleminiz nedeni ile insanların sizin zehirlenmiş olabileceğinizi düşüncelerinden endişe ediyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

16- Probleminiz nedeni ile tek başınıza yürüyüşe çıkmak zor geliyor mu?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

17- Yürüyüş yapmak probleminizi artırıyor mu?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

18- Probleminiz nedeni ile konsantre olmakta zorlanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

19- Probleminiz nedeni ile karanlıkta evinizin çevresinde yürümek zor mudur?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

20- Probleminiz nedeni ile evde tek başınıza kalmaya korkuyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

21- Probleminiz nedeni ile kendinizi özürlü hissediyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

22- Probleminiz aile ve arkadaş ilişkilerinizde sıkıntı ve stres (baskı) yaratıyor mu?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

23- Probleminiz nedeni ile kendinizde iç sıkıntısı (depresyon) hissediyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

24- Probleminiz ev ve işyerinizdeki sorumluluklarınızı yürütmenize engel oluyor mu?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

25- Öne eğilmekle probleminiz artmakta mıdır?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

Toplam Puan:

(*Evet:4 Bazen:2 Hayır:0)