

**STANISLAW P. CHORZEPA, D.O.**  
**211 New Britain Road, Suite 103**  
**Kensington, CT 06037**  
**Phone: (860) 890-0300**  
**Fax: (860) 893-0301**  
**Email: administrator@drchorzepa.com**

**Imię:** \_\_\_\_\_

**Data urodzenia:** \_\_\_\_\_

**Data Wizyty:** \_\_\_\_\_

**Powód wizyty:**

---

---

**Lista leków:**

---

---

---

---

**Czy pali Pan/Pani papierosy?**

- Tak                       Nie
- Byłym palaczem
- Papieros elektroniczny

**Czy ma Pan/Pani depresje:**

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał/ła Pan/Pani uczucie przygnębienia lub beznadziejności?  
 Tak                       Nie
2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał/ła Pan/Pani małe zainteresowanie lub przyjemność wykonywania codziennych czynności?  
 Tak                       Nie

1. **Jaka jest Twoja sytuacja mieszkaniowa?**

- Nie mam mieszkania (przebywam z innymi, w hotelu, schronisku, mieszkam na ulicy, na plaży, w opiece, opuszczonym budynku, na dworcu autobusowym lub kolejowym, w parku)
- Mam dziś mieszkanie, ale obawiam się, że w przyszłości go stracę
- Mam mieszkanie

2. **Pomyśl o miejscu, w którym mieszkasz. Czy masz jakieś problemy z którymkolwiek z poniższych? (zaznacz wszystkie pasujące)**

- Robaki
- Pleśń
- Farba ołowiowa lub rury
- Niedostateczne ciepło
- Niedziałająca kuchenka
- Brak lub nie działają czujniki dymu
- Wycieki wody
- Żadne z powyższych

3. **W ciągu ostatnich 12 miesięcy martwiłeś/aś się, że skończy Ci się żywność, zanim zdobędziesz pieniądze na kolejne zakupy.**

- Często
- Czasami
- Nigdy

4. **W ciągu ostatnich 12 miesięcy zabrakło Ci jedzenia i nie miałeś pieniędzy żeby je kupić.**

- Często
- Czasami
- Nigdy

5. **Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy brak transportu powstrzymał Cię przed wizytami lekarskimi, spotkaniami, pracą lub na zakupy? (zaznacz wszystkie pasujące)**

- Tak, powstrzymało mnie to przed wizytami lekarskimi i otrzymywaniem leków
- Tak, powstrzymało mnie to przed spotkaniami niezwiązanymi z medycyną, wizytami, pracą lub dostawaniem rzeczy, których potrzebowałem/am
- Nie

6. **Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy firma elektryczna, gazowa, wodociągowa i wodna groziła wyłączeniem usług w Twoim domu?**

- Tak
- Nie
- Już odcięto usługi

7. **Jak często ktoś, w tym rodzina, fizycznie Cię skrzywdzi?**

- Nigdy
- Rzadko
- Czasami
- Dość często
- Często

8. **Jak często ktoś, w tym rodzina, obraża Cię lub dyskutuje z Tobą?**

- Nigdy
- Rzadko
- Czasami
- Dość często
- Często

9. **Jak często ktoś, łącznie z rodziną, groził Ci krzywdą?**

- Nigdy
- Rzadko
- Czasami
- Dość często
- Często

10. **Jak często ktoś, łącznie z rodziną, krzyczy lub przeklina cię?**

- Nigdy
- Rzadko
- Czasami
- Dość często
- Często

11. **Czy potrzebujesz pomocy?**

- Tak
- Nie

## ANKIETA NIEPOKOJU

(Anxiety Questionnaire)

W ciągu ostatnich 2 tygodni, jak często borykałeś się z poniższymi problemami?

	Nigdy	Parę dni	Więcej niż połowe dni	Każde go dnia
Nerwowość, uczucie niepokoju lub bycia na krawędzi	0	1	2	3
Niemożliwość zastopowania uczucia zamartwiania się	0	1	2	3
Zbyt duże zamartwianie się o różne rzeczy	0	1	2	3
Kłopoty z odprężeniem się	0	1	2	3
Bycie tak niespokojnym, że trudno spokojnie usiedzieć w miejscu	0	1	2	3
Łatwo się denerwowałem/am lub irytowałem/am	0	1	2	3
Boję się, że zdarzy się coś okropnego	0	1	2	3

Total: \_\_\_\_\_

