



LaryngektomiA

czyli życie bez krtani

W ramach akcji „Bądź kowalem swego głosu”

W związku z działaniami Stowarzyszenia Osób Laryngektomowanych w Opolu oraz czasopisma „Laryngektomia czyli życie bez krtani” mającymi na celu poszerzenie koszyka świadczeń dla laryngektomowanych, prosimy laryngektomowanych o wypełnienie poniższej ankiety.

1. Ile lat/miesięcy/dni jest Pan/Pani po operacji.....

2. Jestem kobietą/mężczyzną

3. Posługuje się mową zastępczą tak/nie

jeśli nie, proszę napisać co stoi na przeszkodzie aby Pan/Pani mówił/a

.....
.....

jeśli tak, to zakreślić jaką mową zastępczą się Pan/Pani posługuje

- krtąń elektroniczna
- protezka wszczepiana
- głos przełykowy
- w inny sposób, podać jaki.....

4. Gdzie uczył się Pan/Pani mówić

- turnus rehabilitacyjny
- logopeda- prywatnie/w poradni (właściwe zaznaczyć)
- grupy wsparcia/stowarzyszenia (właściwe zaznaczyć)
- w domu samodzielnie

5. Cz uważa Pan/Pani że przedmioty pomocnicze dla laryngektomowanych są w wystarczającej ilości refundowane? tak/nie

6. Jakie do obecnie refundowanych środków pomocniczych dodałby Pan/Pani

*ssak tak/nie

*inhalator tak/nie

*maść nawilżająca tak/nie

*szczoteczka tak/nie

*rurka reanimacyjna tak/nie

*apaszka tak/nie

*rurka tracheostomijna - ile razy w roku..... jaka-plastikowa/metalowa

*krtąń elektroniczna

co jaki czas..... do jakiej kwoty.....

*inne propozycje:

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

7. Jakie Pani/Pana zdaniem konsultacje, badania i zabiegi rehabilitacyjne powinny być refundowane przez NFZ i w jakim cyklu:

*badanie poziomu ciśnienia zwieracza ust przełyku,

*nauka mowy zastępczej,

*sanatorium poszpitalne z nauka mowy zastępczej,

*inne.....
.....

8. Inne uwagi i sugestie.

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

Dodatkowo, możecie Państwo tutaj zamieścić pieczętkę szpitala czy przychodni , które udostępniły Państwu tę ankietę, będzie ona wówczas bardziej wiarygodna. Możecie też napisać której placówki jesteście Pacjentami. Wszystkie wskazane placówki zamieścimy na naszej stronie internetowej jako instytucje w których można uzyskać porady .

Tu jest miejsce na pieczętkę lub nazwę.

Uwaga. Prosimy o wypełnienie ankiety tylko osoby laryngektomowane, oraz o podanie danych kontaktowych, telefonu lub adresu email dla celów korespondencyjnych. Danych tych nie udostępniamy osobom trzecim.

Imię, nazwisko.....
miejsce zamieszkania
ulica.....
telefon/adres email.....

O naszych działaniach będziecie Państwo mogli przeczytać w informacji zwrotnej do Państwa i naszej stronie internetowej

www.barierywswieciniepełnosprawnych.pl/stowarzyszenieosóblaryngektomowanych

Wypełnioną ankietę prosimy przesać do 30 września 2011 na adres:

Stowarzyszenie Osób Laryngektomowanych
45- 712 Opole, ul. Damrota 2a/e

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

www.barierywswieciniepełnosprawnych.pl/stowarzyszenie osób laryngektomowanych
bezkrtni@poczta.fm, tel. 519051680, 509255440