

Министерство Здравоохранения штата Нью-Йорк

Анкета Health Home и Функциональности

- Данная анкета разработана для применения вместе с формой FACT-GP (4 версия).
- Пожалуйста, обведите соответствующий ответ, если это происходило в течение 7 последних дней.

Название Health Home _____

Номер идентификации клиента (Medicaid) _____

Дата заполнения / /
 ДД /ММ /ГГГГ

Тип обследования (Выберите (✓) один)

- Начальное Ежегодное Конечное

Вопросы		Совсем нет	Немного	Отчасти	Довольно много	Очень много
НН1	Мне нужна помощь чтобы одеться	0	1	2	3	4
НН2	Мне нужна помощь при принятии пищи.....	0	1	2	3	4
НН3	Мне нужны услуги переводчика.....	0	1	2	3	4
НН4	Вокруг меня есть люди, которые мне помогут если потребуется....	0	1	2	3	4
НН5	Я могу обратиться к своему врачу/больницу для решения моих потребностей связанных с физическим здоровьем/поведением.....	0	1	2	3	4

Вопрос		Да	Нет
НН6	Я без определенного места жительства.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Имя менеджера (печатными)

Подпись

Дата