**INFORMAČNÍ DOTAZNÍK**

Žadatel: Jméno a příjmení……………………………………………………… datum narození………………………………………………………...

1. Opakuje se a ptá se znovu a znovu na to samé?

*Ano občas ne*

2. Hledá slova, mluví méně plynule, zapomíná jména?

*Ano občas ne*

3. Zapomíná více než dříve zejména věci, které se staly nedávno nebo dokonce před chvílí?

*Ano občas ne*

4. Je schopen se orientovat v čase?

*Ano občas ne*

5. Orientuje se bezpečně ve známém prostředí?

*Ano občas ne*

6. Zapomíná brát léky, nakoupit najednou více věcí a podobně?

*Ano občas ne*

7. Zvládá činnosti v domácnosti?

*Ano občas ne*

8. Potřebuje pomoc nebo alespoň radu při jídle, oblékání či hygieně?

*Ano občas ne*

9. Ukládá věci na správné místo?

*Ano občas ne*

10. Bezpečně poznává blízké lidi?

*Ano občas ne*

Má žadatel výše uvedené potíže potvrzené od lékaře jako projevy demence? Ano Ne

Vyplnil: Jméno a vztah k žadateli ……………………………………………

 Datum:………………………….Podpis:…………………………………….