

Imię i Nazwisko:

Data badania:

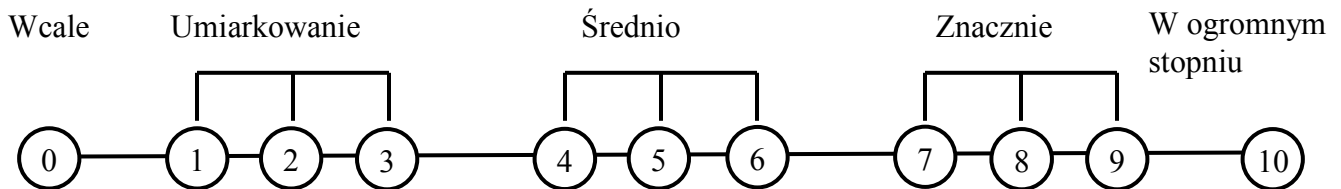
Data urodzenia:

SKALA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI SHEEHANA

Proszę zaznaczyć **JEDNO** kółko na każdym wykresie.

Praca/Nauka

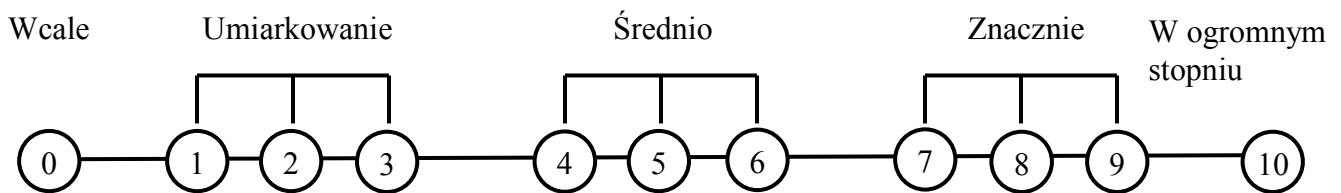
Objawy choroby zakłóciły Pana/i pracę/ naukę w szkole:



W ciągu ostatniego tygodnia w ogóle nie pracowałem/am / nie uczyłem/am się z powodów nie związanych z chorobą

Życie towarzyskie

Objawy zakłóciły Pana/i życie towarzyskie / zajęcia wykonywane w czasie wolnym:



Życie rodzinne/ Obowiązki domowe

Objawy zakłóciły Pana/i życie rodzinne/ obowiązki domowe:

