

# Министерство Здравоохранения штата Нью-Йорк

## Анкета Health Home и Функциональности

---

- Данная анкета разработана для применения вместе с формой FАCT-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

<b>Вопросы</b>		<b>Совсем нет</b>	<b>Немного</b>	<b>Отчасти</b>	<b>Довольно много</b>	<b>Очень много</b>
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

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

Имя менеджера (печатными)

Подпись

Дата