



Dialogskema til pårørende

Dato: _____ Navn: _____ Fødselsdato: _____

Af hensyn til dig som pårørende, vil vi gerne spørge:

1 Hvilken relation har du til din syge pårørende? Det er min (angiv venligst):
Ægtefælle/partner Mor/far Datter/søn Søster/bror Andet: _____

2 Er der børn, som du har (med)ansvar for? Nej Ja

3 Oplever du behov for rådgivning til at støtte børnene? Nej Ja Ikke nu

Behov for information eller hjælp vedrørende sygdommen

4 Savner du information om din pårørendes sygdom, og hvad I kan forvente i forløbet/fremtiden?

Slet ikke	Lidt	En del	Meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Oplever du, at der er behov for mere hjælp til at lindre sygdommens symptomer?

Slet ikke	Lidt	En del	Meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Savner du information om, hvem du kan kontakte hvis der er behov for hjælp? Fx om natten, til at give medicin, eller lign.

Slet ikke	Lidt	En del	Meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Har du væsentlige bekymringer i forhold til at afklare økonomiske, juridiske, bolig- eller arbejdsmæssige spørgsmål? Fx information om plejeorlov

Slet ikke	Lidt	En del	Meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Føler du dig overvældet af praktiske eller plejemæssige opgaver i forbindelse med din pårørendes sygdom?

Slet ikke	Lidt	En del	Meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behov for støtte til dig

9 Har du brug for støtte til at tale med din pårørende om hans/hendes sygdom, og de konsekvenser den har?

Slet ikke	Lidt	En del	Meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Har du brug for hjælp til at håndtere dine egne tanker, følelser eller bekymringer?

Slet ikke	Lidt	En del	Meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Oplever du, at du mangler støtte fra familie og venner?

Slet ikke	Lidt	En del	Meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Oplever du, at det er svært at engagere dig eller fungere i dit eget liv, efter din pårørende er blevet syg? Fx i egne fritidsaktiviteter, sociale liv eller sørge godt for dit eget helbred?

Slet ikke	Lidt	En del	Meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Føler du dig deprimeret?

Slet ikke	Lidt	En del	Meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tidligere omstændigheder

14 Lider du af en psykisk lidelse / sygdom (fx depression, stress eller angst), som spiller en rolle? Angiv evt. hvilken: _____ Nej Ja

15 Har du tidligere mistet noget betydningsfuldt i dit liv, som du oplever belaster dig nu? Fx tab i forbindelse med dit eget helbred, job, skilsmisse eller dødsfald. Nej Ja

Angiv evt. hvad: _____

16 Er der andet, du synes er vigtigt, at vi skal vide for bedst at kunne støtte dig? _____