

.....
(pieczęć publicznego zakładu opieki zdrowotnej
lub pielęgniarki wykonującej zadania publicznego
zakładu opieki zdrowotnej na podstawie przyjętego zamówienia)

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

CZĘŚĆ 1. STRUKTURA RODZINY

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie					
Lp.	imię i nazwisko	wiek	stopień pokrewieństwa	aktywność zawodowa	stan zdrowia

Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
Lp.	imię i nazwisko	wiek	stopień pokrewieństwa	miejsce zamieszkania	stan zdrowia

CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej						
oddzielne mieszkanie	0	oddzielny pokój	2	pokój wspólny z innymi osobami	3	
usytuowanie mieszkania - parter	0	powyżej parteru z windą	2	powyżej parteru bez windy	3	
ogrzewanie CO	0	ogrzewanie węglowe	2	brak stałego ogrzewania	3	
pełny dostęp do łazienki	0	ograniczony dostęp o łazienki	2	brak łazienki	3	
pełny dostęp do WC	0	ograniczony dostęp do WC	2	dostęp do WC poza budynkiem	3	
pełny dostęp do kuchni	0	ograniczony dostęp do kuchni	2	brak dostępu do kuchni	3	
warunki higieniczne bardzo dobre mieszkanie / pokój*) czyste / suche, widne, przestronne *)	0	warunki higieniczne zadowalające mieszkanie / pokój *) dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne *)	2	warunki higieniczne złe mieszkanie / pokój *) zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni *)	4	
pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	częściowe przystosowanie mieszkania	2	mieszkanie nie przystosowane	3	

*) właściwe podkreślić

- a) sytuacja b. dobra 0-4 pkt kategoria A
 b) sytuacja zadowalająca 5-10 pkt kategoria B
 c) sytuacja zła 11-25 pkt kategoria C.

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY / ŚRODOWISKA

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria *)
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych	C

*) właściwe podkreślić

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zakres wymaganej opieki	Kategoria *)
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarzkiej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarzkiej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarzkiej	C

*) właściwe podkreślić

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4

--	--	--

.....
 (podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad)

.....
 (data)

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*.

Wyrażam/ nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego)