

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

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

### CZEŚĆ 1. STRUKTURA RODZINY

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie					
L.p.	Imię i nazwisko	wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia

Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
L.p.	Imię i nazwisko	wiek	Stopień pokrewieństwa	Miejsce zamieszkania	Stan zdrowia

### CZEŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJACEJ 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 do 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	0	warunki higieniczne	2	warunki higieniczne złe	3	

dobrze mieszkanie/pokój *) czyste, suche, widne, przestronne *)		zadowolające mieszkanie/pokój *) dość czyste, częste korzystanie z sztucznego oświetlenia, mało przestronne *)		mieszkanie/pokój *) zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni *)		
pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	częściowe przystosowanie mieszkania	2	mieszkanie nie przystosowane	3	
Suma punktów:						

\*) właściwe podkreślić

- a) sytuacja b. dobra: 0-4 pkt kategoria A
- b) sytuacja zadowolająca: 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 opieki pielęgniarzkiej	A
wymaga ciągłej opieki pielęgniarzkiej	B
wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarzkiej	C

\*) właściwe podkreślić

ŁACZNIE 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 przetwarzanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

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

\*) niepotrzebne skreślić