

Pieczęć publicznego zakładu opieki zdrowotnej
lub pielęgniarki wykonującej zadania publicznego
zoz na podstawie przyjętego zamówienia

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

CZEŚĆ 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

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

Kryteria oceny 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 dobre mieszkanie/pokój*	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*	3
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nieprzystosowane	3
Suma punktów					

• * Właściwe podkreślić

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

* Właściwie podkreślić

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZAKRES WYMAGANEJ OPIEKI	KATEGORIA*
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarstwa	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarstwa	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarstwa	C

* właściwie 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 zgodę 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

* właściwie podkreślić