

.....
 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						pkt
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*) czyste, suche, widne, przestronne*)	0	Warunki higieniczne Zadawalające mieszkanie/pokój8) 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	
Suma pkt						

*) Właściwe podkreślić.

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

.....

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

..... *) Niepotrzebne skreślić.