

## WYWIAD PIELĘGNIARSKI

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

### 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*						Liczba
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 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 adnotacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	częściowe przystosowanie mieszkania	2	mieszkanie nie przystosowane	3	
<b>Suma pkt</b>						

\*Właściwe podkreślić/zakreślić

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



## CZĘŚĆ 4

### ROZPOZNIANIE PROBLEMÓW PIELĘGNIARSKICH

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

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

\*Właściwe podkreślić/zakreślić

#### ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2 - 4

CZĘŚĆ 2	CZĘŚĆ 3	CZĘŚĆ 4

-----  
*podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad*

-----  
*data*

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu/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