

Pieczęć publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub pielęgniarstwa 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

**MEDPHARMA ZOZ S.A.**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-  
LECZNICZE MEDPHARMA**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**FILIA POLPHARMA**  
Ul. Peplńska 19  
83-200 Starogard  
Gdański

**FILIA BOBOWO**  
Ul. Gdańska 11  
83-212 Bobowo

**FILIA KALISKA**  
Ul. Nowowiejska 5  
83-260 Kaliska

**FILIA OSIECZNA**  
Ul. Dworcowa 6  
83-242 Osieczna

**FILIA DZIEMIANY**  
Ul. Wyzwolenia 2  
83-425 Dziemiany

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 opiekunów rodziny	A
Niepełna wydolność opiekunów rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych	C

**MEDPHARMA ZOZ S.A.**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-  
LECZNICZE MEDPHARMA**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**FILIA POLPHARMA**  
Ul. Pelplińska 19  
83-200 Starogard  
Gdański

**FILIA BOBOWO**  
Ul. Gdańska 11  
83-212 Bobowo

**FILIA KALISKA**  
Ul. Nowowiejska 5  
83-260 Kaliska

**FILIA OSIECZNA**  
Ul. Dworcowa 6  
83-242 Osieczna

**FILIA DZIEMIANY**  
Ul. Wyzwolenia 2  
83-425 Dziemiany

CZĘŚĆ 4  
ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIEŁĘGNIARSKICH

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

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

**MEDPHARMA ZOZ S.A.**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-  
LECZNICZE MEDPHARMA**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**FILIA POLPHARMA**  
Ul. Pełplińska 19  
83-200 Starogard  
Gdański

**FILIA BOBOWO**  
Ul. Gdańska 11  
83-212 Bobowo

**FILIA KALISKA**  
Ul. Nowowiejska 5  
83-260 Kaliska

**FILIA OSIECZNA**  
Ul. Dworcowa 6  
83-242 Osieczna

**FILIA DZIEMIANY**  
Ul. Wyzwolenia 2  
83-425 Dziemiany