

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

## WYWIAD PIELEŃNIARSKI

### 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	
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	0	warunki higieniczne zadowolające	2	warunki higieniczne złe	4	

mieszkanie/pokój*) czyste, suche, widne, przestronne*)		mieszkanie/pokój8) dość czyste, częste korzystanie ze 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					
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 pielęgniarzkiej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarzkiej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarzkiej	C

\*) Właściwe podkreślić.

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

--	--	--

.....  
(podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad)

.....  
(data)

Oświadczanie 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.