

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	aktywność zawodowa	stan zdrowia

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

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, mieszkanie/pokój *) czyste, suche, widen, przestronne *)	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	4	
pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	częściowe przystosowanie mieszkania	2	mieszkanie nieprzystosowane	3	
SUMA pkt						

*) Właściwie 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

*) Właściwie podkreślić.

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

CZĘŚĆ 4.

ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEŃNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

*) Właściwe podkreślić.

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4

--	--	--

.....
(podpis i pieczęć 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.