

( 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						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	



.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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 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.