

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL

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					
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, widne, 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, brak wolnej przestrzeni*)	4
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 PIELĘGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4

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

*) Właściwe podkreślić.

--	--	--

.....
(podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad)

.....
(data)

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego*)

*) Niepotrzebna skreślić.