

## WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### 1. Dane świadczeniobiorcy

.....  
 Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
 Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....  
 Numer PESEL świadczeniobiorcy , a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

### 2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji ( zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać)

#### a) odżywienie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik.....

karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem.....

zakładanie zgłębnika .....

inne nie wymienione.....

#### b) higiena ciała

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta

drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej .....

inne nie wymienione.....

#### c) oddawanie moczu

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

cewnik .....

inne nie wymienione.....

#### d) oddawanie stolca

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

pielęgnacja stomii.....

wykonywanie lewatyw i irygacji.....

inne nie wymienione.....

#### e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

z zaawansowaną osteoporozą.....

którego stan wymaga szczególnej ostrożności.....

inne nie wymienione.....

#### f) rany przewlekłe

odleżyny.....

rany cukrzycowe.....

inne nie wymienione.....

g) oddychanie wspomagane.....

h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami .....

i) inne.....

### 3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel.....

.....  
 Miejscowość, data

.....  
 Podpis i pieczęć pielęgniarki albo imię i nazwisko pielęgniarki,  
 jej podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga\* skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza albo imię i nazwisko lekarza,  
jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

-----  
\* Niepotrzebne skreślić