

.....
(pieczęć ZOZ)

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

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

a) odżywianie

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik
- ☐ karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- ☐ zakładanie zgłębnika
- ☐ inne niewymienione

b) higiena ciała

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej
- ☐ inne niewymienione

c) oddawanie moczu

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ cewnik
- ☐ inne niewymienione

d) oddawanie stolca

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ pielęgnacja stomii
- ☐ wykonywanie lewatyw i irygacji
- ☐ inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ z zaawansowaną osteoporozą
- ☐ którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- ☐ inne niewymienione

¹ Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. poz. 2060), które weszło w życie z dniem 12 listopada 2019 r.

f) rany przewlekłe

- ☐ odleżyny
- ☐ rany cukrzycowe
- ☐ inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane

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

i) inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel/****

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz 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/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

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

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 2055 oraz z 2022 r. poz. 655) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 886 oraz z 2022 r. poz. 974), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.