

## WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### WYWIAD PIELĘGNIARSKI

#### 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 .....

- 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*

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\* .

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis oraz pieczęć lekarza*

---

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) 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 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

\*\*\* W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: "nie ma zastosowania".

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza  
wykonującego indywidualną praktykę lekarską  
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

.....  
miejsowość, data

**Nazwisko i imię** osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego.....

PESEL.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

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

II. Badanie przedmiotowe: waga.....wzrost.....ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe .....

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny \*)ciśnienie krwi.....  
tętno/min .....

4. Układ trawienia .....

Układ moczowo-płciowy

5. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....

6. Układ nerwowy i narządy zmysłów

7. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....

8. Schorzenia współistniejące: \*)

a) choroba zakaźna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka?.....

b) gruźlica **tak – nie**, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym **tak – nie**

c) narkomania **tak – nie**

d) choroba psychiczna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka ?.....

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga:

całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji. \*)

IV. 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 \*)

.....  
(pieczęć, podpis lekarza, data)

\*) Niepotrzebne skreślić