

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**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 nr prawa wykonywania zawodu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że PESEL
wymaga/nie wymaga* skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

.....
Miejscowość, data

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

* Niepotrzebne skreślić.