

## 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 .....

**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”.