

.....
pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

CZĘŚĆ 1. DANE PERSONALNE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZPOP

nazwisko i imiona

data urodzenia miejsce urodzenia pesel:

zam.: ul. nr domu nr mieszkania

opiekun prawny pokrewieństwo

zam.nr kontaktowy

CZĘŚĆ 2. STRUKTURA RODZINY

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie

| Lp | imię i nazwisko | wiek | Stopień pokrewieństwa | Aktywność zawodowa | Stan zdrowia/ zakres wsparcia |
|----|-----------------|------|-----------------------|--------------------|-------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Pozostali członkowie najbliższej rodziny

| Lp. | imię i nazwisko | wiek | Stopień pokrewieństwa | Miejsce zamieszkania | Stan zdrowia/ zakres wsparcia |
|-----|-----------------|------|-----------------------|----------------------|-------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY/ŚRODOWISKA

Zakres sprawowanej opieki *)

| | |
|---|--|
| Pełna wydolność opiekuńcza rodziny | |
| Niepełna wydolność opiekuńcza Rodziny (zaangażowanie innych osób) | |
| Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych | |

*) Właściwe zaznaczyć x

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH/ DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA

| Nazwa czynności | Opis problemu |
|------------------------------|---------------|
| Spożywanie posiłków | |
| Utrzymanie higieny osobistej | |
| Ubieranie i rozbierania się | |
| Kontrolowanie stolca, | |
| Oddawanie moczu | |
| Przyjmowanie leków | |
| Inne | |

CZĘŚĆ 5 . STAN PSYCHICZNY (orientacja , nastrój, leki, omamy, zachowanie)

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

| Zakres wymaganej opieki*) | |
|--|--|
| Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej | |
| Wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej | |
| Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarskiej | |

*) Właściwe zaznaczyć x

CZĘŚĆ 6 . UZASADNIENIE KWALIFIKACJI:

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

.....
*(pieczętka i podpis pielęgniarki
przeprowadzającej wywiad)*

.....
(miejscowość, data)

Oświadczam osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu i jej przedstawiciela ustawowego:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, gromadzenie i przechowywanie dla celów leczenia w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży będącym jednostką organizacyjną Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” sp. z o.o. wszystkich danych osobowych zawartych w dostarczonych dokumentach, stosownie do Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu)*

oraz

.....
(jej przedstawiciela ustawowego)

*)dotyczy pacjenta powyżej 16 r. ż