



Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 czerwca 2012 r. (poz. 731)
Zmiany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia
z dnia 11 października 2019 r. (poz. 2060)¹

Załącznik nr 2

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 pkt.

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczeń pielęgniarki
/ Imię i nazwisko pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu¹



Pieczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że PESEL
wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego / zakładu pielęgnacyjno-
opiekuńczego *.

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczeń lekarza/
Imię i nazwisko lekarza, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu¹

* Niepotrzebne skreślić

¹ Zmiany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. (poz. 2060)

