

## WYWIAD ŚRODOWISKOWY

### Część 1. STRUKTURA RODZINY

DANE PACJENTA I OSÓB ZAMIESZKUJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE					
Lp.	Imię i Nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia
1					
2					
3					
4					
5					

POZOSTALI CZŁONKOWIE NAJBLIŻSZEJ RODZINY					
l.p	Imię i Nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia
1					
2					
3					
4					
5					
6					

## Część 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

KRYTERIA OCENY SYTUACJI MIESZKANIOWEJ *						LICZ PKT.
Oddzielne mieszkanie	0	Oddzielny pokój	2	Pokój wspólny z innymi osobami	3	
Usytuowanie mieszkania	0	Powyżej parteru z windą	2	Powyżej parteru z windą	3	
Ogrzewanie CO	0	Ogrzewanie węglowe	2	Brak stałego ogrzewania	3	
Pełny dostęp do łazienki	0	Ograniczony dostęp do łazienki	2	Brak łazienki	3	
Pełny dostęp do WC	0	Ograniczony dostęp do WC	2	Dostęp do WC poza budynkiem	3	
Pełny dostęp do kuchni	0	Ograniczony dostęp do kuchni	2	Brak dostęp do kuchni	3	
Warunki higieniczna bardzo dobre mieszkanie/pokój, czyste, suche, widne, przestronne	0	Warunki higieniczna zadowalające mieszkanie/pokój, dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne	2	Warunki higieniczna złe mieszkanie/pokój, zaniedbane wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni	3	
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nie przystosowane	3	
<b>SUMA PUNKTÓW</b>						

\*) Właściwe podkreślić

**a)** Sytuacja **b. dobra:** 0-4 pkt      Kategoria A

**b)** Sytuacja **zadowalająca:** 5-10 pkt      Kategoria B

**c)** Sytuacja **zła:** 11-25 pkt      Kategoria C

### Część 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY/ŚRODOWISKA

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria
Pełna wydolność opiekuńcza rodzin	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny (pełna zależność od osób obcych)	C

\*) Właściwie podkreślić

### Część 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH I SOCJALNO-BYTOWYCH

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Zakres wymaganej opieki	Kategoria
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarskiej	C

\*) Właściwie podkreślić

**ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4**

--	--	--

.....  
(PODPIS OSOBY PRZEPROWADZAJACEJ WYWIAD)

.....  
(DATA)

---

**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)

\*) Niepotrzebne skreślić