



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)<sup>1</sup>

**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

.....  
Pieczęć pielęgniarki  
/ Imię i nazwisko pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu<sup>1</sup>



Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Pieczęć lekarza/  
Imię i nazwisko lekarza, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu<sup>1</sup>

\* Niepotrzebne skreślić

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