



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 PIELEŃNIARSKI

### 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

### Dane świadczeniobiorcy

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga\* skierowania do 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. Nr 205, poz. 1203) 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 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

\*\*\* W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.