



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 I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### 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** .....

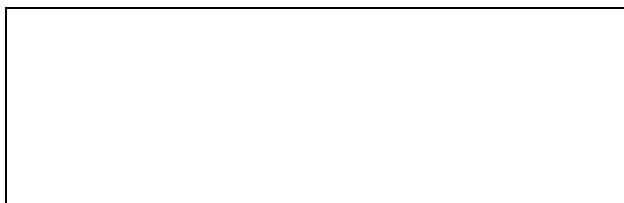
**h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami\*** ... ..

**i) inne** .....

**3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel ..... 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)