

SYTUACJA ZDROWOTNA RODZINY
WYWIAD NA TEMAT ZDROWIA ORAZ UZALEŻNIEŃ

Sytuacja zdrowotna rodziny

1	Liczba osób długotrwale chorych	Rodzaje schorzeń
	w tym: dzieci	
2	Inne problemy zdrowotne podane przez osobę/rodzinę:	
3	Czy osoba/rodzina podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu?	1) tak 2) nie
4	Czy osoba/rodzina posiada dostęp do świadczeń zdrowotnych?	1) tak 2) nie
	Jeżeli nie, to dlaczego?	
5	Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (imię, nazwisko, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, telefon):	

1	<p>Która z osób niepełnosprawnych wymieniona w części B wymaga:</p> <p>1) skierowania do ośrodka wsparcia (rodzaj)</p> <p>2) skierowania do mieszkania chronionego</p> <p>3) usług opiekuńczych (zakres)</p>
2	<p>Czy osoba niepełnosprawna wymaga umieszczenia w domu pomocy społecznej?</p> <p>1) tak</p> <p>2) nie</p>
3	<p>Możliwość zapewnienia pomocy ze strony rodziny (forma i zakres pomocy):</p> <p>Jeżeli nie, to dlaczego?</p>
4	<p>Możliwość zapewnienia pomocy ze strony jednostek organizacyjnych pomocy społecznej gminy i powiatu (forma i zakres pomocy):</p> <p>Jeżeli nie, to dlaczego?</p>
5	<p>Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz potrzeby w tym zakresie:</p>

1	<p>Która z osób wymienionych w części B jest ubezwłasnowolniona:</p> <p>1) częściowo</p> <p>2) całkowicie</p>
2	<p>Dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, adres, telefon):</p>

POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY LUB RODZINY ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU

Data zgłoszenia: _____

Data przeprowadzenia wywiadu: _____

Imię i nazwisko pracownika socjalnego przeprowadzającego wywiad: _____

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(data i podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Informacja o zgłaszającym problem*:

1	Z urzędu – zgłoszenie: 1) pracownika socjalnego, 2) instytucji lub organizacji (nazwa, adres, telefon)	
2	Na wniosek: 1) osoby obcej, 2) członka rodziny Imię, nazwisko, adres i telefon oraz stopień pokrewieństwa z osobą potrzebującą pomocy**	

* W przypadku gdy problem zgłasza osoba zainteresowana, nie wypełnia się.

** Wypełnia się za zgodą osoby zgłaszającej.

