

Pieczęć Świadczeniodawcy Nr umowy z NFZ
--

Nr ewidencyjny PESEL

.....
 Nr karty ubezpieczenia zdrowotnego

KARTA ODWIEDZIN U DZIECKA W CHOROBIE

Wywiad pielęgniarski

Nazwisko	Imię (imiona)	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....	Adres zamieszkania	Adres zameldowania
Imię matki	Imię ojca	Inny opiekun
Rodzina: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> niepełna <input type="checkbox"/> zastępcza		Telefon opiekuna
Warunki mieszkaniowe <input type="checkbox"/> bardzo dobre <input type="checkbox"/> dobre <input type="checkbox"/> niezadowolające <input type="checkbox"/> złe		

WYWIAD: dotyczy dziecka chorego

1) Obecne problemy, trudności, dolegliwości związane z aktualnym stanem zdrowia:

.....

2) Przebyte choroby:

.....

3) Choroby przewlekłe

.....

4) Pobyty w szpitalu

.....

5) Zabiegi chirurgiczne

.....

6) Szczepienia i stosowane surowice

.....

.....

7) Uczulenia

.....

8) Obciążenia dziedziczne

.....

9) Dolegliwości zgłaszane przez matkę

.....

.....

10) Zagrożenia epidemiologiczne:

.....

11) Rozpoznanie lekarskie

.....

12) Zalecenia medyczne

.....

13) Świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę:

.....

.....

14) Środowisko wymaga/nie wymaga stałej/czasowej opieki pielęgniarki środowiskowej.

15) Uwagi i zalecenia:

.....

.....

16) DIAGNOZA PIELEGNIARSKA:

.....

.....

DATA.....

.....
PODPIS I PIECZĄTKA PIELEGNIARKI

