

WYWIAD WSTĘPNY

DATA _____

1. PODOPIECZNY: IMIĘ I NAZWISKO, WIEK – DATA URODZENIE, MIEJSCOWOŚĆ, WYKSZTAŁCENIE, RODZAJ DOCHODU – emerytura, renta rodzinna, renta socjalna

2. OPIEKUN (osoba, z którą przeprowadzany jest wywiad) – IMIĘ I NAZWISKO, MIEJSCOWOŚĆ, WYKSZTAŁCENIE, NR TELEFONU, POKREWIEŃSTWO

3. DANE CZŁONKÓW RODZINY: IMIĘ I NAZWISKO, POKREWIEŃSTWO, MIEJSCOWOŚĆ, WYKSZTAŁCENIE, SYTUACJA NA RYNKU PRACY, SYTUACJA ZDROWOTNA:

4. UPRAWNIENIA : ubezpieczenie NFZ, orzeczenie o niepełnosprawności, ubezwłasnowolnienie, inne orzeczenia, uprawnienia:

5. STAN ZAOPATRZENIA W WYROBY I PRODUKTY MEDYCZNE (aparaty słuchowe, okulary, protezy, balkonik, wózek, materac, itp.):

6. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY LUB RODZINY ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU:

[illegible]

7. OPIS SYTUACJI FUNKCJONALNO – ZDROWOTNEJ: (choroby, dieta, alergie, leczenie specjalistyczne, leki):

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

8. OPIS CODZIENNEGO FUNKCJONOWANIA:

[illegible]

9. INFORMACJE DODATKOWE:

Wyznanie religijne: _____

Zainteresowania: _____

10. INNE:

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(data i podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)