

Imię i nazwisko podopiecznego:.....

**CZĘŚĆ2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE  
DO ZAKŁADU**

<b>Kryteria oceny mieszkaniowej</b>					
Oddzielne mieszkanie	0	Oddzielny pokój	2	Pokój wspólny z innymi osobami	3
Usytuowanie mieszkania parter	0	Powyżej parteru z windą	2	Powyżej parteru bez windy	3
Ogrzewanie CO	0	Ogrzewanie węglowe	2	Brak stałego ogrzewania	3
Pełny dostęp do łazienki	0	Ograniczony dostęp do łazienki	2	Brak łazienki	3
Pełny dostęp do WC	0	Ograniczony dostęp do WC	2	Dostęp do WC poza budynkiem	3
Pełny dostęp do kuchni	0	Ograniczony dostęp do kuchni	2	Brak dostępu do kuchni	3
Warunki higieniczne bardzo dobre mieszkanie/pokój*	0	Warunki higieniczne zadowalające mieszkanie/pokój* dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne	2	Warunki higieniczne złe mieszkanie/pokój* zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni*	3
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nieprzystosowane	3
<b>Suma punktów</b>					

• \*Właściwer podkreślić

- a) 0 do 4 pkt – sytuacja bardzo dobra - kategoria A
- b) 5 do 10 pkt- sytuacja zadowalająca – kategoria B
- c) 11 do 25 pkt – sytuacja zła – kategoria – C

.....  
*podpis i pieczęć pielęgniarki*