

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUNCZO-
-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUNCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

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 toaletadrzewa 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

l) 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^{/**}**

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

z dnia 25 czerwca 2012 r. (poz. 731)

Załącznik nr 3

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO*

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego ZOZ Szpitala Powiatowego w Sochaczewie

Miejscowość, data

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu
leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje
zawód w tym podmiocie

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel.

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

PESEL (w przypadku braku numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Lp.	Nazwa czynności ^{1/}	Wartość punktowa ²
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 10 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = nie porusza się lub poniżej 50 m 5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m 10 = spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby powyżej 50 m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenie przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenie przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje moczu	
	Wynik kwalifikacji^{3/}	

^{1/} Należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan

^{2/} Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

^{3/} Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczego

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

* / - niepotrzebne skreślić

.....
Imię i Nazwisko świadczeniobiorcy

....., dnia
(miejscowość)

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr PESEL

OŚWIADCZENIE O TERMINOWYM REGULOWANIU MIESIĘCZNYCH ODPŁATNOŚCI ZA POBYT

Zobowiązuję się do terminowego regulowania miesięcznych odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie ustaloną, zgodnie z odrębnymi przepisami, tj. nie więcej niż 70% wysokości miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. 2009 Nr 175, poz.1362 z późn. zm.) .

.....
(podpis świadczeniobiorcy)

Osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym ponosi koszty żywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

ZGODA PACJENTA NA PRZYJĘCIE I POBYT W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przyjęcie i pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana (y) wyrażam zgodę na ponoszenie płatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

**Oświadczenie o numerze rachunku konta bankowego pacjenta/przedstawiciela
ustawowego ubiegającego się o przyjęcie do ZOL**

.....
Nazwisko i imię świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego,

.....
Pełna nazwa banku

.....
Numer konta świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy
lub przedstawiciela ustawowego

miejsowość, data

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że:

☐ **upoważniam** (*imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia*) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Dane kontaktowe:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

☐ **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie