

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO /
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

**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/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
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.

.....
(nazwisko i imię)

Chorzów, dnia:

.....
(adres)

.....
(adres)

.....
(nr świadczenia emerytalno/rentowego)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pobyt i leczenie w ZPO AMICUS Sp. p.

.....
(data i podpis)

Zobowiązuję się do opłaty za pobyt zgodnie z ustawą o Zakładach Opieki Zdrowotnej z dnia 14.10.1991 roku (Dz. U. Nr 91/91 poz. 408 art. 34a z późniejszymi zmianami) oraz ustawą o Pomocy Społecznej z dn. 29.11.1990 r. (Oz. U. Nr 64/90 poz. 414 art. 2a z późniejszymi zmianami).

Odpłatność za miesięczny pobyt w ZPO wynosi 70% emerytury/renty, nie więcej niż 250% najniższej emerytury naliczonej od kwoty netto.

.....
(data i podpis)

OŚWIADCZENIE W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany....., działając w imieniu własnym, na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 i art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r.. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym również w przypadku zaistnienia takiej konieczności, wykorzystywania Ich w zakresie oznaczonym w złożonym wniosku i załączonych dokumentach.

Jednocześnie potwierdzam, że pouczono mnie o możliwości wglądu w rejestr danych osobowych dotyczących mojej osoby w celu skontrolowania tych danych i ewentualnego poprawienia błędnych danych

.....
(podpis)

**ORZECZENIE LEKARZA KIERUJĄCEGO
DO ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO AMICUS W
CHORZOWIE**

Nazwisko i imię chorego:.....

Jest obecnie bez czynnego procesu zapalnego i nowotworowego oraz wyrównany wodno, elektrolitowo i metabolicznie.

Rozpoznanie:.....

.....

.....

.....

Zalecenia lecznicze:

.....

Podpis lekarza

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 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 toaleta drzewa 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 zaawansowana osteoporozą.....

którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności.....

inne niewymienione.....

f) 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 **/ ***

.....
miejsowość, data

.....
podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis oraz pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić.

* * w przypadku 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 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”.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
	Spożywanie posiłków:	
1.	0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny	
	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:	
2.	0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny	
3.	Utrzymywanie 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 < 50 m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
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.	
	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw	

9.	5-czasami popuszcza (zdarzenia 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 (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji⁵⁾	

.....
.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo
pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....
.....
.....

.....
.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo
lekarza zakładu opiekuńczego

1) Niepotrzebne skreślić

2) Mahoney FI, Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel." Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

3) W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

.....
imię nazwisko

.....
adres

.....
pesel

UPOWAŻNIENIE

W czasie mojego pobytu w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym NZOZ ZPO AMICUS Sp.p
upoważniam / nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie
zdrowia

i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Pana/Panią.....

adres

pesel.....

numer telefonu.....

.....
(data i podpis pacjenta)