

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia

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

załącznik nr 1

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁGNACYJNO-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 uzasadnionych 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

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 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 lewatywy i irygacji.....

inne niewymienione.....

e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

z zaawansowaną 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 **/**.....

.....
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, poz.419,z późn.zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

.....
(nazwisko i imię)

Chorzów, dnia.....

.....
(adres)

.....
(imiona rodziców)

.....
(miejsce urodzenia)

.....
(nr dowodu osobistego)

.....
(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 art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) Odpłatność za miesięczny pobyt w ZPO wynosi 70% emerytury/renty, nie więcej niż 250% najniższej emerytury naliczanej od kwoty netto.

.....
(data i podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTÓW

1. Administratorem danych osobowych jest NZOZ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Amicus Pielęgniarki Pawlik Sp. Partnerska ul. Szpitalna 25, 41-506 Chorzów, REGON 278239458-00010 NIP 6272511410.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Administratora możliwy jest pod adresem e-mail: iod@komsys.pl
3. Dane osobowe przetwarzane są przez Administratora na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej RODO.
4. Podane dane osobowe przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz rozliczania i zarządzania tymi świadczeniami, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa.
6. Podane dane osobowe będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami prawa regulującymi zasady prowadzenia dokumentacji związanej z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
7. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom jedynie na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
8. Podane dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
9. Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również do ograniczenia przetwarzania danych.
10. Osoba, której dane dotyczą posiada prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO.
11. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Chorzów dnia,.....

.....
imię i nazwisko opiekuna/osoby bliskiej, nr pesel

.....
adres

.....
nr tel. do kontaktu

.....
nr i seria dowodu osobistego opiekuna/osoby bliskiej

ZGODA I OŚWIADCZENIE OPIEKUNA / OSOBY BLISKIEJ PACJENTA

1. Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem osobą bliską/opiekunem pana/panistopień pokrewieństwa.....
2. Wyrażam zgodę na uiszczenie należności za pobyt w ZPO AMICUS w wysokości 70% dochodu w każdym miesiącu w terminie do 27-ego dnia miesięcznego okresu rozliczeniowego.
3. Zostałem/am poinformowany o konsekwencjach nieterminowej wpłaty należności i konieczności spłaty odsetek za zwłokę w płatności.
4. Zobowiązuję się również jako opiekun/osoba bliska w przypadku zakończenia pobytu/zgonu pacjenta w ZPO AMICUS Chorzów ul. Szpitalna 25 do rozliczenia końcowego z ZPO.
5. W sprawach nieuregulowanych zastosowane będą przepisy kodeksu cywilnego.

.....
podpis osoby bliskiej/opiekuna pacjenta

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. (poz. 1719)

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⁾
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 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 – spaceruje 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.	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 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.

Dane świadczeniodawcy

Miejscowość, dnia

UPOWAŻNIENIE do uzyskania dokumentacji medycznej

Dane oświadczającego

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres

Oświadczam, że:

- Nie upoważniam nikogo do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.
- Upoważniam następujące osoby do uzyskania mojej dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

PESEL lub data urodzenia osoby upoważnionej

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

PESEL lub data urodzenia osoby upoważnionej

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

PESEL lub data urodzenia osoby upoważnionej

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że po mojej śmierci moja dokumentacja medyczna będzie mogła być również udostępniona mojej osobie bliskiej (tj. małżonkowi, rodzeństwu, rodzicowi, babci, dziadkowi, wnukowi), chyba że wyrażę sprzeciw, wobec tego poniżej.

- Wyrażam sprzeciw wobec udostępnieniu mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci następującym osobą bliskim:

Imię i nazwisko osoby oraz stopień pokrewieństwa

PESEL lub data urodzenia osoby

Imię i nazwisko osoby oraz stopień pokrewieństwa

PESEL lub data urodzenia osoby

czytelny podpis oświadczającego

Podstawa prawna

1. Art.26 ust.1-2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz.417)
2. Par. 8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015 poz.2069)

REGULAMIN WARUNKÓW PRZYJĘCIA I UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ przez Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „Amicus” w Chorzowie

1. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „Amicus” (dalej „Zakład”) realizuje świadczenia zdrowotne, na podstawie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ustawy o działalności leczniczej oraz umowy zawartej ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Zakład zapewnia podstawowy pakiet świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ:
 - a. świadczenia lekarskie;
 - b. świadczenia pielęgniarskie;
 - c. rehabilitacja ogólna w podstawowym zakresie;
 - d. świadczenia psychologa;
 - e. terapia zajęciowa;
 - f. świadczenia dietetyczne;
 - g. leczenie farmakologiczne;
 - h. edukacja zdrowotna polegająca na przygotowaniu pacjenta do samoopieki w warunkach domowych.
3. Wizyty stomatologiczne i protetyczne powinny być zabezpieczone przez rodzinę lub opiekunów faktycznych.
4. Zakład nie wyraża zgody na dodatkowe zabiegi, konsultacje oraz rehabilitację, która nie została zalecona przez lekarza prowadzącego.
5. Pacjenci przyjmowani są zgodnie z regulacjami prawnymi zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych i Pielęgnacyjno-Opiekuńczych. Termin przyjęcia wyznaczany jest w zależności od liczby wolnych miejsc.
6. Do Zakładu nie przyjmuje się pacjentów, u których podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie (zgodnie z § 5.pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej).
7. Pacjent nie może przebywać w Zakładzie wbrew własnej woli. Zgoda pacjenta na pobyt jest warunkiem przebywania w Zakładzie. W przypadku pacjentów nie mogących wyrazić świadomie zgody na umieszczenie w Zakładzie konieczne jest uzyskanie postanowienia Sądu o umieszczeniu bez zgody. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej, do zgody Sądu na umieszczenie w Zakładzie należy dołączyć:
 - postanowienie Sądu o ubezwłasnowolnieniu pacjenta;
 - postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
8. Wymagane dokumenty niezbędne do przyjęcia pacjenta:
 - a. wniosek o wydanie skierowania do Zakładu — załącznik nr 1;
 - b. wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie—załącznik nr 2;
 - c. skierowanie do Zakładu – wystawione wyłącznie przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego — załącznik nr 3;
 - d. karta oceny świadczeniobiorcy wg skali Barthel—załącznik nr 1;
 - e. oświadczenie o płatności;

- f. dokumenty stwierdzające wysokość dochodu (np. oryginał i kserokopia aktualnej decyzji ZUS/KRUS, decyzja o zasiłku stałym, decyzja o zasiłku pielęgnacyjnym);
- g. kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej, w tym karty leczenia szpitalnego;
- h. aktualny wykaz leków zażywanych na stałe przez pacjenta
- i. upoważnienie do uzyskania dokumentacji medycznej

9. Niezbędnymi dokumentami wymaganymi w dniu przyjęcia pacjenta do Zakładu są:

- aktualny dowód osobisty;
- aktualny dokument potwierdzający ubezpieczenie (np. Legitymacja Emeryta/Rencisty lub decyzja o przyznaniu zasiłku);
- karty informacyjne z leczenia szpitalnego i ewentualnie aktualne badania.

10. Termin przyjęcia ustalany jest zgodnie z obowiązującymi przepisami, po uzgodnieniu telefonicznym z Kierownikiem Zakładu.

11. Pacjent lub osoba przez niego ustanowiona do kontaktu z Zakładem, jest zobowiązana do poinformowania o rezygnacji z ubiegania się o przyjęcie do Zakładu, bez względu na powód.

12. W dniu przyjęcia lekarz i pielęgniarka Zakładu oceniają pacjenta wg skali Barthel. Pacjent, który został oceniony powyżej 40 punktów wg w/w skali nie zostanie przyjęty do Zakładu. NFZ finansuje pobyty pacjentów ocenionych wyłącznie do 40 punktów wg w/w skali.

13. Jeżeli w chwili przyjęcia dane o stanie zdrowia pacjenta będą znacząco odbiegały od stanu opisanego w skierowaniu, Zakład zastrzega sobie prawo odmowy przyjęcia.

14. Zakład wypisuje Pacjenta w przypadku gdy:

- a. stan jego zdrowia i samoobsługi uległ poprawie w tak istotnym stopniu, że w ocenie w skali Barthel otrzymał powyżej 40 punktów i nie wymaga on dalszych, całodobowych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie;
- b. jego ubezpieczenie zdrowotne straciło ważność;
- c. w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz niniejszy regulamin;

15. W przypadku pobytu pacjenta w szpitalu, pełnomocnik lub opiekun zobowiązany jest poinformować Zakład o przebiegu leczenia pacjenta. W momencie gdy pobyt w szpitalu trwa więcej niż 14 dni, pełnomocnik lub opiekun, zobowiązany jest do ponownego złożenia wniosku.

16. Odwiedziny pacjenta odbywają się codziennie w godzinach od 10.00 do 12.00 oraz od 15.00 do 17.00.

17. Pacjent i jego opiekunowie zobowiązani są w szczególności:

- a. do zachowania się kulturalnie w stosunku do personelu i innych chorych i nienaruszania w sposób rażący porządku i procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- b. do zachowania trzeźwości i nie spożywania alkoholu na terenie Zakładu;
- c. do niepalenia tytoniu (na terenie Zakładu jest bezwzględny zakaz palenia tytoniu).

18. Na terenie zakładu obowiązuje całkowity zakaz palenia i spożywania alkoholu pod groźbą natychmiastowego wypisu.

19. Zakład przestrzega Praw Pacjenta. Z ustawą o prawach pacjenta można zapoznać się

w ogólnodostępnych miejscach na terenie Zakładu.

20. Informacje dotyczące całego procesu leczniczego udzielane są wyłącznie przez Lekarza Zakładu osobie uprawnionej.

21. Informacje dotyczące całego procesu pielęgnacyjnego udzielane są wyłącznie przez Pielęgniarkę Oddziału osobie uprawnionej.

22. Rodzina/opiekunowie pacjenta proszeni są o kontakt z Psychologiem, w celu przekazania niezbędnych informacji potrzebnych do prowadzenia opieki psychologicznej. Psycholog przyjmuje rodziny w Zakładzie w dniach poniedziałek 17.00-18.00 i piątek 16.00-17.00.

23. Pacjent może być przeniesiony na inny odcinek Zakładu, do innej sali lub na inne łóżko.

24. Wszelkie uwagi i wnioski dotyczące pobytu pacjenta w Zakładzie powinny być zgłaszane do Kierownictwa Zakładu.

25. Zakład nie bierze odpowiedzialności za utracone, zagubione lub zniszczone przez pacjenta rzeczy osobiste, ubrania, aparaty słuchowe, protezy zębowe, biżuterię, a także środki finansowe i inne rzeczy wartościowe, które nie zostały przekazane do depozytu.

26. Za ewentualne zniszczenia przez pacjenta mienia Zakładu odpowiedzialność ponosi sam pacjent/rodzina.

27. Pacjent podczas całego pobytu w Zakładzie powinien posiadać:
zestaw toaletowy (przybory do higieny jamy ustnej, 2 gąbki, mydło w płynie, 2 ręczniki, przybory do golenia, chusteczki jednorazowe, chusteczki wilgotne, szampon do włosów, antyperspirant, oliwkę do ciała), piżamę/koszulę nocną, skarpety, dres lub ubiór sportowy, stabilne obuwie.
Rzeczy osobiste, odzież, bielizna, rączniki, pidżama, dres itp. należy podpisać.

28. Zakład nie pierze odzieży/bielizny prywatnej pacjentów, z wyjątkiem bielizny/odzieży zanieczyszczonej wydaliniami ludzkimi. Rodzina/opiekunowie zobowiązani są do wymiany bielizny osobistej i odzieży pacjenta, co najmniej 2 razy w tygodniu. Możliwość odbioru prania codziennie w godzinach 10.00 – 12.00 oraz 15.00-17.00.

29. Brudne rzeczy pacjentów przekazywane rodzinom są pakowane w worki foliowe. W razie konieczności częstszej wymiany rzeczy pacjenta, rodzina jest o tym powiadamiana telefonicznie.

30. Bielizna/odzież zanieczyszczona wydaliniami ludzkimi umieszczana jest w czerwonych workach foliowych i przekazywana do pralni lub po uzgodnieniu z rodziną przekazana do utylizacji.

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI I STOSOWANIA

Chorzów, dnia

.....
Podpis Pacjenta

.....
Podpis Opiekuna/ Pełnomocnika