

.....dnia..... r.
(miejscowość) (data)

.....
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do ZOL)

.....
(adres zameldowania wraz z kodem pocztowym)

.....
(numer ewidencyjny PESEL)

.....
(adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym - wypełnić,
jeżeli inny niż podany powyżej)

.....
(numer telefonu kontaktowego)

**KIEROWNIK ZAKŁADU
OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO
w Świętochłowicach
ul. Szpitalna 2
41-600 Świętochłowice
tel. +48 668 893 917**

Proszę o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego przy ulicy Szpitalnej 2 w Świętochłowicach.

Prośbę swoją motywuję
.....
.....

Załączniki do wniosku :

1. WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO.
2. WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE.
3. SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO.
4. SKALA BARTHEL – PODPISANA PRZEZ LEKARZA ORAZ PIELĘGNIARKĘ POZ lub ODDZIAŁU SZPITALNEGO.

Wraz z wypełnionym kompletnym podpisanym wnioskiem proszę dostarczyć również :

1. Skierowanie do ZOL na kuponie (recepce) od lekarza POZ lub Oddziału Szpitalnego – który to zawiera prośbę o skierowanie do ZOL oraz skróty jednostek chorobowych pacjenta.
2. Kserokopia wszystkich dotychczasowych wypisów z przebytego leczenia szpitalnego.
3. Kserokopia decyzji emerytalno-rentowej z marca b/r lub ksero decyzji o przyznaniu zasiłku stałego z MOPS.
4. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności jeśli chory takowe posiada.
5. Kserokopia wydanego postanowienia sądu o ubezwłasnowolnieniu pacjenta – jeśli takie istnieje.
6. Jeżeli pacjent wymaga żywienia przez sondę żołądkową lub PEG-a dietą przemysłową należy dostarczyć dokumenty kwalifikujące go do w/w diety oraz skalę NRS lub SGA.
7. Wyniki badań laboratoryjnych wykonanych w okresie od 1-6 m- cy (morfologia, CRP, badanie ogólne moczu, Aspat, Alat, bilirubina, jonogram, glukoza i kreatynina we krwi, Hbs), wymaz z odleżyn, EKG oraz RTG klatki piersiowej wykonane w ostatnich 2 latach. Aktualne zdjęcie RTG płuc jeżeli pacjent ma schorzenie płuc.

.....
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie lub jej przedstawiciela ustawowego)

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

**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 jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²

Lp.	Czynność ³	Wynik ⁴
1.	Spożywanie posiłków 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub I 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	

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 l.p. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

⁴ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich : 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 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 zapianiu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu : 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 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 kwalifikacji ⁵

Wynik oceny stanu zdrowia :

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga 1) skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym⁶.....

.....

.....

.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
lub lekarza zakładu opiekuńczego

.....

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

⁵ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z IP. 1-10.

⁶ Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. Skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer pesel, w przypadku jego braku - numer potwierdzający 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 zaburzeniami połykania

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 zaawansowaną osteoporozą

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

.....

.....
imię i nazwisko / adres zamieszkania / PESEL

wymaga / nie wymaga * skierowania do zakładu opiekuńczo - leczniczego / zakładu pielęgnacyjno opiekuńczego *.

* niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 201, poz.1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w atr. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Z dnia 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

Dodatkowy wywiad lekarski:

1. Przyczyna dysfagii:

- a) udar mózgu, przyczyna
- b) guzy głowy czy szyi
- c) neuropatie obwodowe
- d) dystrofia mięśniowa
- e) stany zapalne jamy ustnej czy gardła
- f) zaburzenia czynnościowe
- g) uchyłki przełyku, zapalenie przełyku
- h) twardzina układowa
- i) inne przyczyny.....

2. Założone wkłucia obwodowe

- tak / nie
- data założenia kłucia.....

3. Założony cewnik Foley'a

- tak / nie
- data założenia cewnika.....

4. Stomia

- tak / nie
-rodzaj stomii
- data założenia stomii.....

5. Rurka tracheotomijna

- tak / nie
- data założenia rurki.....

6. Sposób odżywiania:

- a) naturalny
b) inny :
- sonda żołądkowa
- cewnik do żywienia przemysłowego
- gastrostomia
- dożylna

7. Rodzaj podawanego pożywienia

- a) mix kuchenny
b) żywienie przemysłowe jakie?.....
c) nie dotyczy

8. Kwalifikacja do żywienia dietą przemysłową

tak / nie

- data kwalifikacji do żywienia przemysłowego.....

9. Odleżyny

- tak / nie
- miejsce wystąpienia odleżyny

10. Owrzodzenia skóry

tak / nie

- miejsca wystąpienia owrzodzeń.....

11. Inne zmiany skórne.....

W przypadku gdy przy przyjęciu stan pacjenta będzie odbiegał zdecydowanie od deklarowanego w powyższym wniosku NIE zostanie on przyjęty do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

.....
Data i podpis lekarza

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

Niniejszym kieruję:

.....
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
nr telefonu do kontaktu

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

.....
rozpoznanie w języku polskim wg ICD-10 (choroba zasadnicza, współistniejące)

.....
dotychczasowe leczenie

Potrzeba dotychczasowego leczenia (TAK / NIE)

Liczba punktów w skali BARTHEL, którą uzyska świadczeniobiorca**.....

Przypadek nagły wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniający stan zdrowia (TAK / NIE)

.....
Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr tel. do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka Podstawowej Opieki Zdrowotnej świadczeniobiorcy, (imię i nazwisko, nr tel. do kontaktu)***

.....
miejsowość, 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

W przypadku pojawienia się potrzeby zakwalifikowania pacjenta w trybie pilnym prosimy o uzasadnienie pilności przypadku ze względu na stan zdrowia (lekarz) lub ze względu na warunki socjalne (pracownik socjalny).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza/pracownika socjalnego

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, 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)

.....dniar.
(miejsowość) (data)

.....
(Imię i nazwisko opiekuna/osoby bliskiej, numer pesel)

.....
(nr telefonu do kontaktu)

.....
Adres zamieszkania

.....
(numer i seria dowodu osobistego opiekuna/osoby bliskiej)

ZGODA I OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA PACJENTA

1. Ja niżej podpisana/-y/ oświadczam, że jestem osobą bliską, opiekunem / tj / Pana/Pani
(stopień pokrewieństwa)
2. Wyrażam zgodę na uiszczenie należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym obliczonej na podstawie wysokości 70% dochodu zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 18.1 Dz. U. 2015 poz. 581 z póź.zm.) pierwszorazowo w dniu przyjęcia, co jest warunkiem przyjęcia pacjenta w oddział ZOL oraz w każdym następnym miesiącu w terminie do każdego 27-ego dnia miesięcznego okresu rozliczeniowego.
3. Zostałem poinformowany o konsekwencjach nieterminowej wpłaty należności i konieczności spłaty odsetek za zwłokę w płatności.
4. Zobowiązuję się również jako opiekun, iż w przypadku zakończenia pobytu pacjenta:..... w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy ul. Szpitalnej 2 w Świętochłowicach zgodnie z wydaną decyzją kwalifikującą odebrać pacjenta z placówki w terminie wyznaczonym przez Zakład.
5. W przypadku nieodebrania pacjenta, pacjent zostanie odwieziony na koszt osoby bliskiej/opiekuna na podany niżej adres :

.....
.....
(numer domu, mieszkania, ulica, miejscowość, kod pocztowy)

.....
podpis opiekuna prawnego/pacjenta