

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

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 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*

pielęgnacji stomii.....

wykonania lewatyw 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, z późn. zm.) zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

**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 pacjenta oraz imiona rodziców)

.....dnia.....

.....
(adres zamieszkania pacjenta - stały)

.....
(pesel pacjenta i miejsce urodzenia)

.....
(nazwisko i imię oraz adres i nr telefonu osoby do kontaktu)

**Prezes
Zamojskiego Szpitala Niepublicznego
Spółka z o.o.
ul. Peowiaków 1
22-400 Zamość**

WNIOSEK

Wniosuję o przyjęcie mnie /przedłużenie pobytu do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Zamojskiego Szpitala Niepublicznego sp. z o.o. w Zamościu.

UZASADNIENIE

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

.....
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki :

1. Wniosek o przyjęcie do ZOL
2. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL
3. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie
4. Skala Barthel
5. Skierowanie do ZOL
6. Aktualna decyzja organu emerytalno-rentowego
7. Pisemne wyrażenie woli na potrącanie należności ze świadczenia emerytalno-rentowego przez właściwy organ emerytalno rentowy

F-088/DNP

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres telefon)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty z mojego świadczenia emerytalno-rentowego w wysokości zgodnej z obowiązującymi przepisami za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym w Zamościu przez właściwy organ emerytalno-rentowy.

.....
(data)

.....
(podpis)

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania

PESELlub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp	Czynność	Wynik 1)
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 > 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 (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 2)		

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

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

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

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

Niepotrzebne skreślić

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

-1) należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

- 2) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z Lp. 1 – 10.