

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość i 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 nie wymienione.....

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.....

e) przemieszczanie pacjenta

- **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia***

z zaawansowaną osteoporozą.....

którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności.....

innie niewymienione.....

f) rany przewlekłe

odleżyny.....

rany cukrzycowe.....

innie 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 2011r. o weteranach działań poza granicami państwa(DZ. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 52. poz. 419, z póź. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany (a)
oświadczam, że upoważniam Pana/Panią
PESEL.....,
legitymującą się dowodem osobistym
Zam.

Do:

1. Reprezentowano moich interesów prawnych oraz dotyczących mojej osoby, w tym podejmowania decyzji administracyjnych, zdrowotnych, finansowych związanych z moim pobytom z Niepublicznym Zakładzie Pielęgnacyjno- Opiekuńczym „Dom Bł. Achillesa,, w Kosinie.

2. Składania wszelkich oświadczeń, podpisywania dokumentów oraz do wszelkich innych czynności faktycznych i prawnych, jakie się okażą niezbędne.

Ja niżej podpisany(a) w przypadku mojej śmierci upoważniam:

1.....zam.

PESEL..... do uzyskania mojej dokumentacji.

2. Nie upoważniam nikogo.

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-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 i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i 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.

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

.....
(Imię i nazwisko pacjenta)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(Telefon kontaktowy)

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojej renty/emerytury opłaty za pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Kosinie, w wysokości 70% dochodu tj. kwoty przekazywanej przez właściwy organ emerytalno-rentowy, świadczenie nr

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

Lekarz rodzinny(lekarz POZ)

Podstawa prawna: (Art.34a Ustawy z dnia 31.08.1991r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. Nr 91, poz.408 z późn. zm.)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
Podpis osoby kierowanej do Zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJACEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

.....
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	Wynik
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.	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 <50m 5- niezależny na wózku; wliczając zakręty >50m 10- spacer 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 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 cewnikokwany i przez to niesamodzielny 5- czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10- panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji		

.....

.....

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

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