

**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”.

**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.

**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

.....
(Miejsowość 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 „Domu bł. Achillesa” 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

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany (a)

oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

PESEL.....,

Tel. kontaktowy.....

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 „Domu 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

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Nazwisko i imię pacjenta..... PESEL:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym „Domu bł. Achillesa” na zasadach określonych w Ustawie o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 ze zm.) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015r. poz. 1658), oraz regulaminie organizacyjnym Zakładu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań oraz udzielanie innych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym.

.....
*Data i czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego
lub w razie niemożności podpisania przez pacjenta
stwierdzenie o zgodzie podpisane przez lekarza kierującego*

Oświadczam, że zgodnie z przysługującym mi prawem wynikającym z Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017r. poz. 1318 ze zm.)

UPOWAŻNIAM* do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia następującą osobę:

(imię i nazwisko).....

Pesel telefon kontaktowy

NIE UPOWAŻNIAM żadnej osoby.*

Oświadczam, że zgodnie z przysługującym mi prawem wynikającym z Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017r. poz. 1318 ze zm.)

UPOWAŻNIAM* do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych następującą osobę:

(imię i nazwisko).....

Pesel telefon kontaktowy

NIE UPOWAŻNIAM żadnej osoby.*

.....
data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

*zaznaczyć właściwie

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
DLA OSOBY UPOWAŻNIONEJ**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 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 (RODO), informuję, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy „Dom bł. Achillesa” w Kosinie, 37-112 Kosina 180, adres e-mail: domachillesa@gmail.com; strona internetowa: www.achilles-kosina.pl

2) Dane kontaktowe Inspektorem ochrony danych: *adres e-mail:* siostrymi.iod@gmail.com

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

- a) obsługi upoważnienia do dostępu informacji o stanie zdrowia osoby, która upoważniła Panią/Pana do dostępu do takich informacji (art. 6 ust 1 pkt a);
- b) obsługi upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej osoby, która upoważniła Panią/Pana do dostępu do tej dokumentacji (art. 6 ust 1 pkt a);

4) Pani/Pana dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie stosownych przepisów prawa.

5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do Państwa Trzeciego / Organizacji Międzynarodowej.

6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z przepisami prawa dot. przechowywania dokumentacji medycznej.

7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do PUODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r

9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem uzyskania informacji dot. kwalifikacji oraz ustalenia terminu przyjęcia do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego „Domu bł. Achillesa” pacjenta, którego dokumenty zostały przez Panią / Pana złożone.

Jest Pani/Pan zobowiązana(-y) do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uzyskania informacji dot. kwalifikacji oraz ustalenia terminu przyjęcia do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego „Domu bł. Achillesa” pacjenta, którego dokumenty zostały przez Panią / Pana złożone.

10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

zapoznałam/zapoznałem się i w pełni rozumiem

.....
Data, czytelny podpis osoby upoważnionej