

**Załącznik nr 1**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....

Imię nazwisko

.....

Adres zamieszkania:

.....

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

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis świadczeniobiorcy  
lub jego przedstawiciela ustawowego

**Załącznik nr 2**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Polkowicach

**WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**WYWIAD PIELĘGNIARSKI**

**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”.

**Załącznik nr 3**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO**

**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**

.....

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

W związku z wymogami nałożonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia

prosimy o podanie danych na temat złożenia deklaracji dotyczących lekarza rodzinnego lub lekarza POZ i pielęgniarki środowiskowej.

Nazwa i adres przychodni z numerem telefonu, do której należy pacjent:

.....  
.....

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego: .....

Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowej:

.....

**Załącznik nr 4**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Polkowicach

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZOL/ PRZEBYWAJĄCEGO W ZOL<sup>1)</sup>**

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel<sup>2)</sup>**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

PESEL/lub inny dokument potwierdzający tożsamość .....

L.p.	Czynność <sup>3)</sup>	Wynik <sup>4)</sup>
1.	<p><b>Spożywanie posiłków</b></p> <p>0= nie jest w stanie samodzielnie jeść</p> <p>5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety</p> <p>10= samodzielny, niezależny</p>	
2.	<p><b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie</b></p> <p>0= nie jest w stanie przemieszczać się; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu</p> <p>5= większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)</p> <p>10= mniejsza pomoc słowna lub fizyczna</p> <p>15= samodzielny</p>	
3.	<p><b>Utrzymanie higieny osobistej</b></p> <p>0= potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych</p> <p>5=niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów ( z zapewnionymi pomocami)</p>	
4.	<p><b>Korzystanie z toalety (WC)</b></p> <p>0= zależny</p> <p>5= potrzebuje pomocy ale może zrobić coś sam</p> <p>10=niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	
5.	<p><b>Mycie i kąpiel całego ciała</b></p> <p>0= zależny</p> <p>5= niezależny pod prysznicem</p>	
6.	<p><b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b></p> <p>0= nie porusza się lub &lt; 50 m</p> <p>5= niezależny od wózka; wliczając zakręty &gt; 50 m</p> <p>10= spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby &gt; 50 m</p> <p>15= niezależny ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski&gt;50 m</p>	

7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0= nie jest w stanie 5= potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10= samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie</b> 0= zależny 5= potrzebuje ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10= niezależny w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b> 0= nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b> 0= nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, utrzymuje mocz	
<b>WYNIKI KWALIFIKACJI <sup>5)</sup></b>		

.....  
 Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego  
 albo pielęgniarki Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga<sup>1)</sup> skierowania do zakładu opiekuńczego/ dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym<sup>1)</sup>

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

.....  
 Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki ZOL

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2)</sup> 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.

<sup>3)</sup> W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

<sup>4)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

**Załącznik nr 5**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Lecznicygo:

.....

Rok urodzenia.....

Adres .....

- I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):

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

- II. Badanie przedmiotowe:

waga..... wzrost..... ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne .....
2. Układ oddechowy .....
3. Układ krążenia: wydolny/niewydolny, ciśnienie krwi ..... tętno/min.
4. Układ trawienia .....
5. Układ moczowo – pęciowy.....
6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi  
.....
7. Układ nerwowy i narządy zmysłów  
.....
8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza) w języku polskim oraz wg. Klasyfikacji ICD – 10.....
9. Schorzenia współistniejące:
  - a) choroba zakaźna:           tak/nie   (jeśli tak, jaka? .....) )
  - b) gruźlica:                    tak/nie   (jeśli tak, czy w stadium zakaźnym?.....)
  - c) narkomania                tak/nie
  - d) choroba psychiczna       tak/nie   (jeśli tak, jaka? .....) )

- III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

.....  
(pieczęć i podpis, data)



**Załącznik nr 6**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Polkowicach

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

**SKALA GLASGOW-ocenie podlega:**

<b>•OTWIERANIA OCZU</b>		Ilość punktów		
4 punkty	spontanicznie			
3 punkty	na polecenie			
2 punkty	na bodźce bólowe			
1 punkt	nie otwiera			
<b>•KONTAKT SŁOWNY</b>				
5 punktów	odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca i własnej osoby			
4 punkty	odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany			
3 punkty	odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk			
2 punkty	niezrozumiałe dźwięki, pojękiwania			
1 punkt	bez reakcji			
<b>•REAKCJA RUCHOWA</b>				
6 punktów	spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych			
5 punktów	ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy			
4 punkty	Reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego			
3 punkty	Patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie ( <i>przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych</i> )			
2 punkty	Patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie ( <i>odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy</i> )			
1 punkt	Bez reakcji			
<b>ŁĄCZNIE -</b>  <b>GCS:...../15</b>	<b>•...../4</b>	<b>•...../5</b>	<b>•...../6</b>	Zaburzenia przytomności:
				GCS 13-15 - łagodne
				GCS 9 – 12 - umiarkowane
				GCS 6 – 8 – brak przytomności
				GCS 5 – odkorowanie
				GCS 4 - odmóżdzenie
				GCS 3 – śmierć mózgowa

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (nnp. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią: tj. od 4 roku życia

Data: .....

Załącznik nr 7

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

**Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego**

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL	Wiek
Data badania:		

1.	<b>Przesiewowa ocena stanu odżywienia</b>	NRS lub SGA	BMI
2.	<b>Szczegółowa ocena stanu odżywienia</b>		
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	powyżej 10% masy ciała wyjściowej	poniżej 10% masy ciała wyjściowej
	Białko całkowite	poniżej normy	norma
	Albumina	poniżej normy	norma
	Cholesterol całkowity	poniżej normy	norma
	<b>Możliwe skuteczne odżywianie doustne</b>	nie	Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt 3,4,7 - 9
	<b>Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego</b>	nie	Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 - 9
3.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego</b>	dysfagia niedrożność górnej części przewodu pokarmowego śpiączka niemetaboliczna inne	
4.	<b>Dostęp dojelitowy</b>	zgiębnik: nosowo-żołądkowy, nosowo-dwunastniczy, nosowo-jelitowy gastrostomia..... jejunostomia.....	
5.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego</b>	niedożywienie okres okołoperacyjny u dorosłych wyniszczenie (BMI < 17) niedożywienie (BMI 17 – 19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni BMI > 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7dni powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła inne	
6.	<b>Dostęp pozajelitowy</b>	Żyły, obwodowe, PICC, żyła centralna cewnik nietunelizowany, port cewnik permanentny, typ ceownika.....	
7.	<b>Cel leczenia żywieniowego:</b>	Utrzymanie stanu odżywienia, poprawa stanu odżywienia, leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań	
8.	<b>Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia;</b>	Małe	Duże
9.	<b>Dni leczenia żywieniowego:</b>	Żywienie dojelitowe dni..... kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni..... częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni..... leczenie żywieniowe immunomodulujące dni.....	

(pieczęć i podpis lekarza leczącego)

(pieczęć i podpis członka Zespołu Leczenia Żywieniowego)

**Załącznik nr 9**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Polkowicach

Polkowice, dnia.....

.....  
Imię nazwisko

.....  
PESEL

.....  
Miejsce zamieszkania

**Prezes**  
**Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.**  
**ul. K.B. Kominka 7**  
**59 – 101 Polkowice**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym przy PCUZ – ZOZ S.A.

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojej emerytury, renty, zasiłku stałego części kosztów pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym przy PCUZ – ZOZ S.A. zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....  
Podpis wnioskodawcy  
lub jego przedstawiciela ustawowego

**Załącznik nr 10**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Polkowicach

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data wypełnienia.....Nr historii choroby.....

PESEL.....

**SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)**

**I. WYWIAD**

**1. Wiek (lata).....Wzrost (cm).....masa ciała (kg) .....% płęć K M**

**2. Zmiana masy ciała**

Utrata masy ciała w ostatnich 6 miesiącach ..... (kg) .....%

Zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:

zwiększenie     bez zmian     zmniejszenie

**3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów:**

bez zmian     zmiany (czas trwania) ..... (tygodnie)

Rodzaj diety:

zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych

dieta płynna kompletna

dieta płynna hipokaloryczna

głodzenie

**4. Objawy ze strony układu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie):**

bez objawów     nudności     wymioty     biegunka     jadłowstręt

**5. Wydolność fizyczna:**

bez zmian     zmiany (czas trwania).....(tygodnie)

rodzaj: praca w ograniczonym zakresie

chodzi

leży

**6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:**

Wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby

brak     mały     średni     duży

**II. Badania fizykalne (należy określić stopień zaawansowania):**

0 – bez zmian    1 – lekki    2 – średni    3 – ciężki

Utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej (stopień.....)

Zanik mięśni (czworogłowy, naramienny) (stopień.....)

Obrzęk nad kością krzyżową (stopień.....)

Obrzęk kostek (stopień.....)

Wodobrzusze (stopień.....)

**III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):**

prawidłowy stan odżywienia

podejrzenie niedożywienia lub niedożywienia średniego stopnia (stopień B)

wyniszczenie (stopień C)

duże ryzyko niedożywienia (stopień D)

.....

(podpis osoby przeprowadzającej ocenę)

**Załącznik nr 11**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

Polkowice, dnia.....

.....  
Imię nazwisko

.....  
PESEL

.....  
Miejsce zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym, działając w imieniu własnym wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy przy PCUZ - ZOZ S.A. i na odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. (Dz.U.1998.166.1265) w związku z art. 34a ust.1 i 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz.U.2007.14.89 z późn. zm.). tj. odpłatność w wysokości odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury jednakże nie wyższej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Oświadczam, że uzyskuję miesięczny dochód z następujących tytułów:

renta w wysokości ..... zł,

emerytura w wysokości ..... zł,

zasiłek stały wyrównawczy w wysokości ..... zł,

renta socjalna w wysokości ..... zł,

najem/dzierżawa w wysokości ..... zł,

prawa autorskie i inne prawa o których mowa w ustawie o prawie autorskim o prawach pokrewnych w wysokości ..... zł,

inne ..... zł

W załączeniu jednocześnie przekazuję kopie dokumentów potwierdzających w/w okoliczności /  
\*zobowiązuję się w terminie 7 dni dostarczyć kopie dokumentów potwierdzające w/w okoliczności.

Ponadto oświadczam, że nie uzyskuję innych dochodów niż w/w, na które przedstawiłem/am dokumenty stwierdzające wysokość mojego dochodu, które w związku z tym stanowią podstawę do obliczenia opłaty za mój pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy.

Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie informować ZOL przy PCUZ – ZOZ S.A. o zmianie (zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego dochodu.

.....  
/podpis osoby składającej oświadczenie/

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 12**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Polkowicach

Polkowice, dnia.....

.....  
Imię nazwisko

.....  
PESEL

.....  
Miejsce zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym, działając jako przedstawiciel ustawowy wyrażam zgodę na umieszczenie

.....  
/imię i nazwisko, PESEL osoby skierowanej do zakładu opiekuńczo – leczniczego przy PCUZ – ZOZ S.A./

w/w osoby w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym przy PCUZ – ZOZ S.A. i na odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. (Dz.U.1998.166.1265) w związku z art. 34a ust.1 i 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz.U.2007.14.89 z późn. zm.) tj. odpłatność w wysokości odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury jednakże nie wyższej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Oświadczam, że w/w osoba skierowana do zakładu opiekuńczo – leczniczego przy PCUZ – ZOZ S.A., uzyskuje miesięczny dochód z następujących tytułów:

renta w wysokości ..... zł,

emerytura w wysokości ..... zł,

zasilek stały wyrównawczy w wysokości ..... zł,

renta socjalna w wysokości ..... zł,

najem/dzierżawa w wysokości ..... zł,

prawa autorskie i inne prawa o których mowa w ustawie o prawie autorskim o prawach pokrewnych w wysokości ..... zł,

inne ..... zł.

W załączeniu jednocześnie przekazuję kopie dokumentów potwierdzających w/w okoliczności / \*zobowiązuję się w terminie 7 dni dostarczyć kopie dokumentów potwierdzające w/w okoliczności.

Ponadto oświadczam, że w/w osoba nie uzyskuje innych dochodów niż w/w, na które przedstawiłem/am dokumenty stwierdzające wysokość jej dochodu, które w związku z tym stanowią podstawę do obliczenia opłaty za jej pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym.

Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie informować ZOL przy PCUZ – ZOZ S.A. o zmianie (zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego dochodu.

.....  
/podpis osoby składającej oświadczenie/

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 13**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

Polkowice, dnia.....

Dane świadczeniobiorcy:

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

PESEL

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicy działającym przy Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w wysokości.....zł (słownie.....), płatne w okresach miesięcznych „z góry”.

Jednocześnie oświadczam, że płatności dokonywane będą:

- 1) Gotówką w punkcie kasowym Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.,
- 2) Przelewem bankowym z konta osobistego,
- 3) Przelewem bankowym bezpośrednio z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.\*

W przypadku wystąpienia nadpłaty proszę o zaliczenie jej na poczet przyszłych rozliczeń, a w momencie opuszczenia Zakładu Opiekuńczo – Lecznicy zwrot środków na konto osobiste.

Nazwa banku:.....

Numer rachunku:.....

.....

Miejscowość, data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy

lub jego przedstawiciela ustawowego

---

\* niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 14**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

**Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.**

**ul. K.B. Kominka 7**

**ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY**

Dane Świadczeniobiorcy:

.....

Imię nazwisko

.....

Adres

.....

PESEL

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy przy Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis świadczeniobiorcy  
lub jego przedstawiciela ustawowego



**Załącznik nr 15**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

.....

Imię nazwisko mocodawcy

.....

Adres

.....

Nr dowodu osobistego, PESEL

**PEŁNOMOCNICTWO**

Stosownie do dyspozycji wynikającej z art. 32 i 33 § 1 i 2 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku (Dz. U. z 2000 nr 98 poz. 1071 ze zmianami) Kodeks postępowania administracyjnego, niniejszym

**Udzielam pełnomocnictwa**

.....

(Imię, nazwisko pełnomocnika, stopień pokrewieństwa)

.....

(adres)

.....

(nr dowodu osobistego, pesel)

Do reprezentowania mnie w sprawie dotyczącej skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego przy PCUZ – ZOZ S.A. w Polkowicach ul. K.B. Kominka 7, jak również do odbioru świadczeń emerytalno-rentowych, zasiłków itp. Wszelkich pism i korespondencji oraz składania wniosków i oświadczeń, które w zakresie udzielonego pełnomocnictwa okażą się niezbędne. Jednocześnie oświadczam, że niniejsze pełnomocnictwo zostaje udzielone na czas nieokreślony, a jego odwołanie może nastąpić bez podania przyczyny w każdym czasie.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis mocodawcy

**Załącznik nr 16**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

**OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA**

.....  
imię i nazwisko osoby odbierającej

.....  
adres zamieszkania

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta

.....  
imię i nazwisko pacjenta

po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicy przy PCUZ – ZOZ S.A. w Polkowicach, ul. K.B. Kominka 7, w terminie wskazanym przez Zakład.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy przy PCUZ – ZOZ S.A. jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas oceny według skali Barthela oraz o tym, że jeżeli punktacja ta przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez NFZ , a pacjent zostanie wypisany z ZOL w Polkowicach

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis osoby odbierającej

**Załącznik nr 17**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

Dane Świadczeniobiorcy:

.....

Imię nazwisko

.....

Adres

.....

PESEL

**OŚWIADCZENIE**

Zostałam/em poinformowany przed hospitalizacją, że Zakład Opiekuńczo – Lecznicy przy PCUZ – ZOZ S.A. nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy pacjenta, rzeczy wartościowe pacjenta (biżuterię, pieniądze itp.)

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis osoby odbierającej

**Załącznik nr 18**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Polkowicach

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
miejscowość i data

.....  
numer PESEL

.....  
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

**o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, załatwiania niezbędnych spraw, również finansowych, dotyczących mojej osoby**

Jako pacjent Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego przy Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.

- upoważniam\*

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

imiona, nazwiska i numery PESEL osób upoważnionych, adres zamieszkania, adres korespondencyjny

- nie upoważniam nikogo\* do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

Dane kontaktowe osób upoważnionych:

.....  
.....

(numer telefonu, adres poczty elektronicznej):

Upoważnienie niniejsze udzielone jest:

- bezterminowo\*
- na czas określony do dnia .....\*

.....  
czytelny podpis pacjenta

.....  
\* niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 19**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Polkowicach

Polkowice dnia .....

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany .....

zobowiązuję się w razie śmierci .....

osoby przebywającej w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym przy Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A., zająć się pogrzebem i związanymi z tym kosztami.

.....

*podpis*

**Załącznik nr 20**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

Polkowice dnia .....

.....  
(imię nazwisko)

.....  
(pesel pacjenta)

**ZGODA**

Nie wyrażam sprzeciwu w zastosowaniu wobec

.....  
Czasowego zabezpieczenia pacjenta motywowanego procesem opiekuńczo – pielęgnacyjnym i terapeutycznym w celu zabezpieczenia bezpieczeństwa w przypadku wskazań lekarskich.

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

.....  
(podpis pacjenta lub prawnego opiekuna)

Zostałam/em zapoznana/ny z Kartą Praw Pacjenta

.....  
(podpis pacjenta lub prawnego opiekuna)

**Załącznik nr 21**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Polkowicach

DECYZJA  
dotycząca przyjęcia  
do placówki – Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo – Lecznicy  
Polkowice ul. K.B. Kominka 7

Na podstawie zebranej dokumentacji medycznej Kierownik ZOL na wniosek komisji kwalifikującej w składzie:

- Dorota Pędłowska – Wojciech – kierownik ZOL
- Andrzej Bełda – lekarz ZOL
- Jolanta Mielczarek – pielęgniarka ZOL
- Krystyna Palczak – pielęgniarka ZOL

Postanawia przyjąć pacjenta w ramach ubezpieczenia zdrowotnego NFZ / umowy o usługach medycznych odpłatnych, komercyjnych\*

.....  
Imię nazwisko pacjenta

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

Z dniem  
.....

Podpisy komisji kwalifikującej

Dorota Pędłowska – Wojciech .....

Andrzej Bełda .....

Jolanta Mielczarek .....

Krystyna Palczak .....

\*niepotrzebne skreślić