

REGULAMIN

udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki
długoterminowej

w Centrum Gerontologii – Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym
Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.

Zatwierdził

PREZES ZARZĄDU

Waldemar Bułek

.....
(podpis)

Polkowice, sierpień 2020 r.

REGULAMIN

**udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
w Centrum Gerontologii – Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy Polkowickiego Centrum
Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.**

§ 1

Postanowienia wstępne

1. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, zwany dalej „Zakładem”, organizacyjnie wyodrębniony w strukturach Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A., z siedzibą w Polkowicach, ul. Kardynała Bolesława Kominka 7, zwane dalej „Spółką”, udziela świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej.
2. Niniejszy regulamin, zwany dalej „Regulaminem”, określa warunki udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub Pacjenta/opiekuna – umowa o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ZOL.

§ 2

Procedura skierowania świadczeniobiorcy do Zakładu

1. Sposób, tryb kierowania osób do Zakładu i wymagana, w tym wzory: wniosku o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego, wywiadu pielęgniarstwa i zaświadczenia lekarskiego oraz skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z 2012 r., poz. 731 ze zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tj. Dz.U. z 2015 r., poz. 1658 ze zmianami).
2. Wzór wniosku określa załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych stanowiący odpowiednio Załącznik nr 1 do Regulaminu – „Wniosek o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego”.

3. Zgodę na przyjęcie pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego może wyrazić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. W przypadku, gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego nie pozwala na świadome wyrażenie zgody na przyjęcie do zakładu, a osoba ta nie posiada przedstawiciela ustawowego, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Sądem właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

4. Do Wniosku załącza się wywiad pielęgniarski oraz zaświadczenie lekarskie - Załącznik nr 2 do Regulaminu – „Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie”.

5. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wydaje skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego w przypadku, gdy świadczeniobiorca spełnia kryteria objęcia świadczeniami gwarantowanymi udzielanymi w warunkach stacjonarnych - Załącznik nr 3 do Regulaminu – „Skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego”.

6. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego oraz pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego wypełniają Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczo-leczniczego/przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym wg Skali Barthel - Załącznik nr 4 do Regulaminu – „Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do ZOL/przebywającego w ZOL”.

§ 3

Procedura przyjęcia świadczeniobiorcy do Zakładu i zasady pobytu

1. Świadczeniobiorca może być przyjęty do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego Narodowego Funduszu Zdrowia lub umowy o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ZOL.

2. Świadczeniobiorca składa skierowanie bezpośrednio do zakładu.

3. Do skierowania należy załączyć wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie, o których mowa w § 2 ust. 4 Regulaminu.

4. Do wniosku i skierowania do Zakładu załącza ponadto następujące dokumenty:

1) prośbę o umieszczeniu w ZOL - Załącznik nr 9 do Regulaminu, dokumenty stwierdzające wysokość dochodu świadczeniobiorcy, o których stanowi § 4 ust. 6 Regulaminu - NIE DOTYCZY: Umowy o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ZOL;

2) kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta, w tym karty leczenia szpitalnego;

- 3) oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o wysokości uzyskiwanego dochodu przez świadczeniobiorcę - Załączniki nr 11 i 12 do Regulaminu – „Oświadczenie”;
- 4) oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych - Załącznik nr 14 do Regulaminu – „Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych”;
- 5) pełnomocnictwo do reprezentowania świadczeniobiorcy - Załącznik nr 15 do Regulaminu – „Pełnomocnictwo”;
- 6) oświadczenie o odbiorze pacjenta - wzór stanowi Załącznik nr 16 do Regulaminu – „Oświadczenie o odbiorze pacjenta”;
- 7) wyrażenie zgody na potrącanie z dochodu świadczeniobiorcy, przebywającego w ZOL, kosztów pobytu - Załącznik nr 13 do Regulaminu – „Oświadczenie o wyrażeniu zgody na odpłatność za pobyt w ZOL” (odpowiednio pacjent lub jego opiekun ustawowy);
NIE DOTYCZY: Umowy o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ZOL;
- 8) zaświadczenie lekarskie dla zakładu opiekuńczo-leczniczego - Załącznik nr 5 do Regulaminu – „Zaświadczenie lekarskie”;
- 9) Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczo leczniczego/ przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym wg Skali Barthel - Załącznik nr 4 do Regulaminu);
- 10) dokumenty niezbędne w przypadku żywienia inną drogą niż naturalną dietą przemysłową – Załącznik nr 10 do Regulaminu – „Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia;
- 11) kwalifikację żywienia dla dorosłych dojelitowo i pozajelitowo (Załącznik nr 7 do Regulaminu – „Kwalifikacja żywienia”);
- 12) zaświadczenie wydane przez lekarza psychiatrę o braku przeciwwskazań do pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym o profilu ogólnym (w przypadku chorób współistniejących, tj. otępienie) oraz możliwości wyrażenia przez pacjenta świadomej zgody na umieszczenie w zakładzie opiekuńczo leczniczym – zaświadczenie lekarskie o braku możliwości złożenia podpisu;
- 13) oświadczenie o przyjęciu informacji, iż Zakład nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste pacjenta, w tym za rzeczy wartościowe, np. biżuterię, pieniądze – Załącznik nr 17 do Regulaminu;
- 14) zobowiązanie zajęcia się pogrzebem i pokrycia jego kosztów w przypadku śmierci osoby przebywającej w Zakładzie - Załącznik nr 19 do Regulaminu).

5. Kwalifikacja przyjęcia pacjenta do ZOL odbywa się na podstawie zebranej dokumentacji.

6. Wniosek, skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie nie są wymagane, w przypadku, gdy sąd opiekuńczy wyda orzeczenie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. W takiej sytuacji orzeczenie sądu opiekuńczego stanowi podstawę do umieszczenia świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

7. W Zakładzie świadczenia z zakresu gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych udzielane są świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną „skalą Barthel”, otrzymał 40 punktów lub mniej.

8. Kontynuacja leczenia oznacza dalsze postępowanie lecznicze, w tym również żywienie dojelitowe i pozajelitowe, odpowiadające stanowi zdrowia świadczeniobiorcy. Przy żywieniu drogą inną niż naturalna, świadczeniodawca wykonuje badania zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta, nie rzadziej niż 1 raz na 3 miesiące oraz dołącza do dokumentacji medycznej skalę Glasgow (Załącznik nr 6 do Regulaminu – „Skala Glasgow”). Skalę należy wypełnić na koniec każdego miesiąca.

9. Do Zakładu nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

10. Oceny skalą Barthel dokonuje:

1) przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczo-leczniczego – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego,

2) w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do Zakładu, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia – lekarz i pielęgniarka Zakładu,

3) za pomocą karty oceny (Załącznik nr 4 do Regulaminu – „Karta oceny wg Barthel”).

11. Jeżeli dokonana na koniec miesiąca ocena wykaże punktację powyżej 40 punktów według Skali Barthel (Załącznik nr 4 do Regulaminu – „Karta oceny wg Barthel”), pacjent w zakładzie może pozostać do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego. Ponowne skierowanie do zakładu jest możliwe w przypadku pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

12. Świadczeniobiorcę do Zakładu przyjmuje jego kierownik w porozumieniu z lekarzem udzielającym świadczeń w tym Zakładzie.

13. Kierownik Zakładu udziela informacji świadczeniobiorcy oraz odpowiednio domowi pomocy społecznej albo podmiotowi leczniczemu w przypadku, gdy świadczeniobiorca przebywa w tym domu albo w innym podmiocie leczniczym, o kolejności przyjęcia świadczeniobiorcy oraz o przewidywanym terminie przyjęcia do Zakładu.

14. W przypadku rezygnacji z proponowanego terminu przyjęcia osoba ubiegająca się o pobyt zostaje skreślona z listy osób oczekujących „kolejka oczekujących” (rezygnacja z proponowanego terminu nie wymaga zachowania formy pisemnej).

15. W przypadkach nagłych, wynikających ze zdarzeń losowych, uzasadnionych stanem zdrowia bądź sytuacją społeczną osoby ubiegającej się o pobyt pacjenta, na wniosek ordynatora oddziału podmiotu leczniczego, w którym przebywa pacjent, istnieje możliwość skierowania do ZOL w trybie pilnym. Przyjęcie w trybie pilnym oznacza przyjęcie pacjenta w przypadku nieplanowanego zwolnienia się miejsca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, przyjęcie pacjenta naprzemiennie, tj. jednej osoby z kolejki osób oczekujących w trybie zwykłym i jednej osoby z kolejki w trybie pilnym.

16. Pacjenci z aktualną kartą kombatanta mają pierwszeństwo do przyjęcia po za kolejnością listy oczekujących w najbliższym wolnym terminie.

17. Za zgodą lekarza oraz kierownika Zakładu, świadczeniobiorcy może być udzielona przepustka – Załącznik nr 8 do Regulaminu – „Wniosek o udzielenie przepustki”. W okresie korzystania z przepustki, Zakład wyposaża świadczeniobiorcę w leki oraz wyroby medyczne, o których mowa w Rozporządzeniu w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Pod pojęciem „przepustki” rozumie się okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczo-leczniczym, bez potrzeby wypisywania go z Zakładu.

18. Łączny czas pobytu chorego na przepustkach nie może być dłuższy niż 10% czasu pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym u danego świadczeniodawcy w danym roku.

19. W przypadku okresowego pobytu pacjenta w szpitalu, trwającego nie dłużej niż 15 kolejnych dni, Zakład zobowiązuje się utrzymać przez ten okres rezerwację łóżka dla pacjenta.

20. W przypadku, gdy w trakcie pobytu w Zakładzie pacjent zostanie skierowany i przyjęty do leczenia szpitalnego, po jego wypisaniu z podmiotu leczniczego nie jest konieczne ponowne składanie wniosku o przyjęcie do Zakładu.

21. Po wyrażeniu zgody przez pacjenta, bądź jego przedstawiciela ustawowego Zakład informuje daną instytucję, z której pobiera świadczenie rentowe, emerytalne lub inne o umieszczeniu pacjenta w Zakładzie ze wskazaniem daty rozpoczęcia pobytu oraz

o planowanej dacie jego zakończenia. NIE DOTYCZY: Umowy o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ZOL.

22. W trakcie pobytu w Zakładzie dodatek pielęgnacyjny zostaje zawieszony.

NIE DOTYCZY: Umowy o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ZOL.

23. Pacjent zobowiązany jest do wskazania osoby uprawnionej do udzielania jej informacji o stanie zdrowia, w tym upoważnionej do udostępnienia jej dokumentacji medycznej a także załatwiania innych spraw w tym finansowych - Załącznik nr 18 do Regulaminu –

„Oświadczenie o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia”

24. Informacje na temat stanu zdrowia udzielane jest osobom upoważnionym przez pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Zakład, z uwagi na brak możliwości weryfikacji rozmówcy, nie udziela informacji w formie telefonicznej lub innej podobnej.

25. Pacjentowi, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, do najbliższego szpitala, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:

- 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w szpitalu;
- 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

26. W przypadkach niewymienionych w ust. 24, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

§ 4

Sposób ustalania odpłatności za pobyt w Zakładzie

I. Pobyt w ramach ubezpieczenia zdrowotnego Narodowego Funduszu Zdrowia:

1. Sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych – odpłatność w wysokości odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury jednakże nie wyższej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

2. Świadczenia z zakresu gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych udzielane w Zakładzie finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 niniejszego paragrafu.

3. Opłata za pobyt w Zakładzie, zgodnie ze standardem wyżywienia i zakwaterowania pacjenta obowiązującym w Zakładzie, zwana dalej „Opłatą”, jest ustalana przez kierownika Zakładu lub umocowaną przez niego osobę. O wysokości Opłaty świadczeniobiorca informowany jest przy przyjęciu do Zakładu.

4. Wysokość Opłaty uzależniona jest od wysokości najniższej emerytury oraz miesięcznego dochodu świadczeniodawcy lub dochodu na osobę w rodzinie.

5. Opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu świadczeniobiorcy przebywającego w Zakładzie, pod warunkiem przedłożenia przez świadczeniobiorcę dokumentów potwierdzających jej zmianę, nie rzadziej niż na 6 miesięcy.

6. Opłatę ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy, w szczególności:

1) decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ, lub

2) decyzji o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy;

3) inne dokumenty, z których wynika wysokość dochodu świadczeniobiorcy.

7. Świadczeniobiorca zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania kierownika Zakładu o wszystkich zdarzeniach mających wpływ na ustalenie Opłaty, w tym do przedłożenia dokumentów potwierdzających zmianę wysokości jego dochodu.

8. W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w Zakładzie w trakcie jego pobytu w tym Zakładzie, obliczając Opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu świadczeniobiorcy poza Zakładem, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza Zakładem opłata wynosi 70% Opłaty pobieranej za dni obecności w Zakładzie.

II. Pobyt w ramach Umowy o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w Zakładzie

Sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczo-lecznicznym określa Umowa o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ZOL - Załącznik nr 20 a i 20 b do Regulaminu).

Załącznik nr 1

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
w Centrum Gerontologii - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym 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 - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

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*

- Pielęgnacja stonii
- Wykonywanie lewatywy i irygacji
- Inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

- Z zawansowaną 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 - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym 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 - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZOL/ PRZEBYWAJĄCEGO W ZOL¹⁾

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

PESEL/lub inny dokument potwierdzający tożsamość

L.p.	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
1.	<p>Spożywanie posiłków</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>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie</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>Utrzymanie higieny osobistej</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>Korzystanie z toalety (WC)</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>Mycie i kąpiel całego ciała</p> <p>0= zależny</p> <p>5= niezależny pod prysznicem</p>	
6.	<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</p> <p>0= nie porusza się lub < 50 m</p> <p>5= niezależny od wózka; wliczając zakręty > 50 m</p> <p>10= spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m</p> <p>15= niezależny ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski>50 m</p>	

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 ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10= niezależny w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie 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 moc	
WYNIKI KWALIFIKACJI ⁵⁾		

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

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/ dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....

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

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

⁴⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

Załącznik nr 5

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
w Centrum Gerontologii - Zakładzie 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.....ciężota.....

1. Skóra i węzły chłonne
2. Układ oddechowy
3. Układ krążenia: wydolny/niewydolny, ciśnienie krwi tętno/min.
4. Układ trawienia
5. Układ moczowo – płciowy.....
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 - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Nr PESEL

SKALA GLASGOW-ocenie podlega:

• OTWIERANIA OCZU		Ilość punktów		
4 punkty	spontanicznie			
3 punkty	na polecenie			
2 punkty	na bodźce bólowe			
1 punkt	nie otwiera			
• KONTAKT SŁOWNY				
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			
• REAKCJA RUCHOWA				
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			
ŁĄCZNIE - GCS...../15	•...../4	•...../5	•...../6	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 - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL	Wiek
Data badania:		

1.	Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA	BMI
2.	Szczegółowa ocena stanu odżywienia		
	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
	Możliwe skuteczne odżywianie doustne	nie	Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt 3,4,7 - 9
	Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego	nie	Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 - 9
3.	Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	dysfagia niedrożność górnej części przewodu pokarmowego śpiączka niemetaboliczna inne	
4.	Dostęp dojelitowy	złębniak: nosowo-żołądkowy, nosowo-dwunastniczy, nosowo-jelitowy gastrostomia..... jejunostomia.....	
5.	Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	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.	Dostęp pozajelitowy	Żyły, obwodowe, PICC, żyła centralna cewnik nietunelizowany, port cewnik permanentny, typ cewnika.....	
7.	Cel leczenia żywieniowego:	Utrzymanie stanu odżywienia, poprawa stanu odżywienia, leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań	
8.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia;	Małe	Duże
9.	Dni leczenia żywieniowego:	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 8

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
w Centrum Gerontologii - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

**WNIOSEK O UDZIELENIE PRZEPUSTKI
Z CENTRUM GERONTOLOGII – ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W POLKOWICACH**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

CZAS TRWANIA PRZEPUSTKI OD **DO**

.....
miejsowość, data

.....
podpis świadczeniobiorcy lub jego
przedstawiciela ustawowego

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY* NA UDZIELENIE PRZEPUSTKI

.....
Podpis kierownika ZOL

- niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 9

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
w Centrum Gerontologii - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

Polkowice, dnia.....

.....
Imię nazwisko

.....
PESEL

.....
Miejsce zamieszkania

Kierownik Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego

w Polkowickim 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 – Lecznicznym przy PCUZ – ZOZ S.A.

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojej emerytury, renty, zasiłku stałego części kosztów pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym 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-Lecznicy 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 mięśniem 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 - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

Polkowice, dnia.....

.....
Imię nazwisko

.....
PESEL

.....
Miejsce zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Niniejszym, działając w imieniu własnym wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy PCUZ - ZOZ S.A. i na odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U.2012, poz. 731ze zmianami) w związku z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U.2019, poz. 1373 ze zmianami), 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 wysokościzł,

emerytura w wysokościzł,

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

renta socjalna w wysokościzł,

najem/dzierżawa w wysokościzł,

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-Lecznicznym.

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

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-Lecznicy przy PCUZ – ZOZ S.A. i na odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie z ZOL zgodnie z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U.2012, poz. 731 ze zmianami) w związku z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U.2019, poz. 1373 ze zmianami), 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 wysokościzł,

emerytura w wysokości.....zł,

zasiłek stały wyrównawczy w wysokościzł,

renta socjalna w wysokościzł,

najem/dzierżawa w wysokościzł,

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-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 13

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
w Centrum Gerontologii - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

Polkowice, dnia.....

Dane świadczeniobiorcy:

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

PESEL

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym działającym przy Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w wysokościzł (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 – Lecznicznego 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 – Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym 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 –
Lecznicznym 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 - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

.....
Imię nazwisko mocodawcy

.....
Adres

.....
Nr dowodu osobistego, PESEL

PEŁNOMOCNICTWO

Udzielam pełnomocnictwa

.....
(Imię, nazwisko pełnomocnika)

.....
(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 - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym 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 Lecznicznym 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-Lecznicznym 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 - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

Dane Świadczeniobiorcy:

.....

Imię nazwisko

.....

Adres

.....

PESEL

OŚWIADCZENIE

Zostałam/em poinformowany przed hospitalizacją, że Zakład Opiekuńczo – Leczniczny 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 - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
miejscowość i data

.....
numer PESEL

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

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

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

- upoważniam*

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

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 - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

Polkowice dnia

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany

zobowiązuję się w razie śmierci

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

.....

podpis

Załącznik nr 20 a
do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki
długoterminowej
w Centrum Gerontologii - Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Polkowicach

UMOWA

o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w Centrum Gerontologii –
Zakład Opiekuńczo – Leczniczny w Polkowicach

zawarta w dniu roku

pomiędzy:

Panią / Panem*

.....
(Nazwisko i Imię)

PESEL:....., data urodzenia.....

Adres zamieszkania:.....

nr telefonu

Legitymującym się dowodem osobistym / paszportem*

.....
Zwaną/ zwanym w dalszej części umowy Zleceniodawcą a
Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. – Centrum Gerontologii Zakład
Opiekuńczo - Leczniczny z siedzibą przy ul. kard. Bolesława Kominka 7, 59 – 101 Polkowice,
zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia Fabrycznej, IX Wydział Gospodarczy
Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000081911, o kapitale zakładowym w pełni
wpłaconym w wysokości 16 635 100,00 zł, NIP nr 692-22-46-830, REGON nr 390760852
reprezentowanym przez:

.....
zwany dalej Zleceniobiorcą
o następującej treści:

§ 1

1. Zleceniodawca zleca Zleceniobiorcy udzielanie odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych i zobowiązuje się do zapłaty określonej przez Zleceniobiorcę opłaty za udzielanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, na warunkach określonych w niniejszej umowie.
2. Usługi będące przedmiotem niniejszej umowy będą świadczone w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym Zleceniobiorcy przy ul. kard. Bolesława Kominka 7, 59 – 101 Polkowice.

3. Usługi będące przedmiotem niniejszej umowy będą udzielane w terminie uzgodnionym przez Strony.
4. Przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego odbywa się na wniosek Zleceniodawcy zgodnie z Regulaminem Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego.

§ 2

ZLECENIOBIORCA oświadcza, że posiada wymagane uprawnienia, wykwalifikowany personel medyczny oraz pomieszczenia i sprzęt niezbędne dla wykonania świadczeń, będących przedmiotem niniejszej umowy.

§ 3

1. Zleceniodawca zobowiązuje się uiszczać Zleceniobiorcy miesięczną opłatę za pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym określoną w cenniku Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. na dzień zawarcia umowy, tj. w wysokościzł (słownie:..... złotych).
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest zawiadomić Zleceniodawcę o każdej zmianie opłaty za pobyt, z co najmniej jednomiesięcznym wyprzedzeniem. Brak akceptacji przez Zleceniodawcę nowej opłaty za pobyt skutkuje rozwiązaniem niniejszej umowy z dniem wprowadzenia nowej opłaty, jak w zawiadomieniu.
3. Opłata, o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, obejmuje: koszt pobytu w oddziale ZOL, opieki pielęgniarskiej, konsultacji lekarzy w tym w razie potrzeby lekarzy specjalistów, badań diagnostycznych zleconych przez lekarza, rehabilitacji, terapii zajęciowej, w razie potrzeby terapii logopedycznej, psychologicznej, wyżywienia z uwzględnieniem zaleceń dietetycznych, korzystanie z urządzeń do samoobsługi i zapewnienia codziennej higieny, koszt leków, koszt zakupu pieluchomajtek, koszt środków higienicznych, leczenia odleżyn.

§ 4

Zleceniobiorca deklaruje gotowość przyjęcia pacjenta na pobyt odpłatny, komercyjny od dnia:

§ 5

Zleceniodawca zobowiązuje się zgłosić do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Zleceniobiorcy na własny koszt, w uzgodnionym terminie. Po zakończeniu trwania niniejszej umowy Zleceniodawca zobowiązany jest do opuszczenia Zakładu.

§ 6

1. W przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji (pacjent zostanie skierowany do szpitala) opłata za okres pobytu pacjenta w szpitalu ulega obniżeniu do wysokości 70% obowiązującej według cennika stawki za osobodzień przez okres nie dłuższy niż 15 kolejnych dni kalendarzowych. Jeżeli pobyt pacjenta w szpitalu przekracza okres wskazany w zdaniu poprzednim, Zleceniobiorca może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym, chyba że Zleceniodawca zadeklaruje ponoszenie pełnej opłaty za ten okres, określonej w § 3 ust. 1.

2. Za okres pozostawiania pacjenta poza zakładem z innych przyczyn niż w ust. 1 (np. ze względu na udzieloną przepustkę) Zleceniobiorca pobiera opłatę z tytułu zajętego łóżka w wysokości 70 % obowiązującej według cennika stawki za osobodzień – jednak nie dłuższej niż 2 dni kalendarzowe w miesiącu, za pozostałe dni obowiązuje opłata jak w § 3 ust. 1. W przypadkach jak zdaniu pierwszym, Zleceniobiorca nie ponosi kosztów związanych z transportem pacjenta.

§ 7

Zleceniobiorca oświadcza, że:

- 1) umożliwi Pacjentowi kontakt z rodziną i bliskimi zgodnie z wewnętrznymi przepisami;
- 2) prowadzi indywidualną dokumentację medyczną pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 3) nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty, środki płatnicze i inne kosztowności nie przekazane do depozytu;
- 4) zastrzega sobie prawo do zmiany miejsca zakwaterowania pacjenta w obrębie Zakładu, uwzględniając potrzeby wszystkich podopiecznych.

§ 8

1. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku stwierdzenia agresywnych zachowań ze strony pacjenta wobec personelu, pacjentów i innych osób przebywających w Zakładzie, wyrządzenia przez pacjenta szkód w mieniu Zleceniobiorcy lub osobie trzeciej.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 umowa ulega rozwiązaniu i pacjent jest zobowiązany opuścić Zakład w terminie 2 dni od daty doręczania Zleceniodawcy powiadomienia o rozwiązaniu umowy, zabierając ze sobą wszystkie rzeczy osobiste. W przypadku nie zastosowania się do powyższego obowiązku opuszczenia Zakładu przez pacjenta, Zleceniobiorcy przysługuje od Zleceniodawcy opłata dodatkowa w wysokości 100% stawki podstawowej za osobodzień. Z chwilą opuszczenia Zakładu przez pacjenta zwraca się Zleceniodawcy odzież oraz rzeczy pacjenta zdeponowane w depozycie, za pokwitowaniem. W przypadku nieodebrania rzeczy, jak w zdaniu powyżej, przyjmuje się, iż pozostawione rzeczy zostały porzucone z zamiarem wyzbycia się własności w rozumieniu art. 180 Kc.

§ 9

1. Strony ustalają, że zapłata pierwszej opłaty za pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym nastąpi przed przystąpieniem do wykonania świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem niniejszej umowy, w Kasie Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. lub na konto bankowe – Bank Spółdzielczy we Wschowie nr 89 8669 0001 0141 6844 2000 0015.
2. Po dokonaniu wpłaty wystawiona zostanie faktura VAT zawierająca dane (imię, nazwisko, adres pacjenta lub jego opiekuna prawnego). Dowód opłaty za pobyt Zleceniodawca obowiązany jest przekazać Zleceniobiorcy przy przyjęciu pacjenta do Zakładu.
3. Za kolejny okres pobytu pacjenta Zleceniodawca zobowiązuje się uiszczać opłatę za pobyt z góry za okres miesięczny w terminie płatności nie później niż na trzy dni robocze przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc

kalendarzowy.

4. Opłatę dodatkową, o której mowa w § 8 ust.2 umowy, Zleceniodawca zobowiązuje się uiścić Zleceniobiorcy w terminie 7 dni od daty wystawienia faktury.
5. W przypadku nie uiszczenia opłaty za pobyt pacjenta w ustalonym terminie Zleceniobiorca nalicza odsetki ustawowe z tytułu opóźnienia za każdy dzień zwłoki, a ponadto Zleceniobiorca jest uprawniony do rozwiązania niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 10

1. W przypadku rezygnacji przez Zleceniodawcę z pobytu pacjenta przed przyjęciem do Zakładu, po uiszczeniu opłaty za pobyt, Zleceniobiorca zwróci opłatę na wskazany rachunek bankowy. Rezygnacja Zleceniodawcy powinna nastąpić na piśmie, wówczas umowa ulega automatycznemu rozwiązaniu z datą złożenia rezygnacji.
2. W przypadku rezygnacji przez Zleceniodawcę z świadczonych usług w trakcie pobytu pacjenta w Zakładzie, Zleceniobiorca obowiązany jest wypowiedzieć niniejszą umowę na piśmie, wówczas opłata za pobyt naliczana jest w wysokości proporcjonalnej do okresu pobytu pacjenta.

§ 11

1. Umowa zawarta jest na czas określony od dnia do dnia..... Okres pobytu może ulec przedłużeniu na podstawie aneksu do umowy.
2. W przypadku wygaśnięcia umowy z upływem okresu, na który została zawarta, Zleceniodawca zobowiązany jest opuścić Zakład.

§ 12

Poza przypadkami wskazanymi w niniejszej umowie, umowa ulega rozwiązaniu również w następujących sytuacjach:

- 1) niedokonania przez Zleceniodawcę opłaty za pobyt pacjenta przed przyjęciem do Zakładu;
- 2) zgonu pacjenta;
- 3) naruszenia przez Zleceniodawcę postanowień § 3;
- 4) wystąpienia u pacjenta przeciwwskazań natury zdrowotnej do jego pobytu w Zakładzie np. choroby zakaźne, choroby psychiczne lub inne stwierdzone przez lekarza.

§ 13

1. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania niniejszej umowy przed upływem okresu na jaki została zawarta, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy wymaga dla swej ważności formy pisemnej.
3. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy powinno zostać złożone na koniec miesiąca kalendarzowego

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Regulamin Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego stanowiący załącznik do umowy.

§ 15

Sprawy sporne, wynikające z realizacji niniejszej umowy Strony będą starały się rozstrzygnąć w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia, spór rozstrzygać będzie sąd właściwy miejscowo dla siedziby lub zamieszkania pacjenta.

§ 16

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Zleceniodawcy i jeden dla Zleceniobiorcy.

ZLECENIOBIORCA

ZLECENIODAWCA

.....

.....

(data i czytelny podpis)

.....

Potwierdzenie Kierownika ZOL o możliwości przyjęcia w terminie określonym w § 4.

* Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 20 b

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

UMOWA

o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo – Lecznicy w Polkowicach

zawarta w dniu..... roku

pomiędzy:

Panią / Panem*

.....
(Nazwisko i Imię)

PESEL:....., data urodzenia.....

Adres zamieszkania:.....

nr telefonu

Legitymującym się dowodem osobistym / paszportem*

zwany w dalszej części umowy **Zleceniodawcą** będącym opiekunem ustawowym/opiekunem prawnym/kuratorem*, upoważnionym do reprezentowania, postanowieniem sądu (stanowiącym Załącznik do umowy), pacjenta zakwalifikowanego do pobytu w ZOL:

Panią / Pana*

.....
(Nazwisko i Imię)

PESEL:....., data urodzenia.....

Adres zamieszkania:.....

nr telefonu

Legitymującym się dowodem osobistym / paszportem*

..... a
Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. – Centrum Gerontologii Zakład Opiekuńczo - Lecznicy z siedzibą przy ul. kard. Bolesława Kominka 7, 59 – 101 Polkowice, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia Fabrycznej, IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000081911, o kapitale zakładowym w pełni wpłaconym w wysokości 16 635 100,00 zł, NIP nr 692-22-46-830, REGON nr 390760852 reprezentowanym przez:

.....

.....
zwanych dalej **Zleceniobiorcą** o następującej treści:

§ 1

1. Zleceniodawca zleca Zleceniobiorcy udzielanie odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych i zobowiązuje się do zapłaty określonej przez Zleceniobiorcę opłaty za udzielanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, na warunkach określonych w niniejszej umowie.
2. Usługi będące przedmiotem niniejszej umowy będą świadczone w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy Zleceniobiorcy przy ul. Kard. Bolesława Kominka 7, 59-101 Polkowice.
3. Usługi będące przedmiotem niniejszej umowy będą udzielane w terminie uzgodnionym przez Strony.
4. Przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo Lecznicy odbywa się na wniosek Zleceniodawcy zgodnie z Regulaminem Zakładu Opiekuńczo - Lecznicy.

§ 2

Zleceniobiorca oświadcza, że posiada wymagane uprawnienia, wykwalifikowany personel medyczny oraz pomieszczenia i sprzęt niezbędne dla wykonania świadczeń, będących przedmiotem niniejszej umowy.

§ 3

1. Zleceniodawca zobowiązuje się uiszczać Zleceniobiorcy miesięczną opłatę za pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicy określoną w cenniku Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych - ZOZ S.A. na dzień zawarcia umowy, tj. w wysokości.....zł.
(słownie:..... złotych).
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest zawiadomić Zleceniodawcę o każdej zmianie opłaty za pobyt, z co najmniej jednomiesięcznym wyprzedzeniem. Brak akceptacji przez Zleceniodawcę nowej opłaty za pobyt skutkuje rozwiązaniem niniejszej umowy z dniem wprowadzenia nowej opłaty jak w zawiadomieniu.
3. Opłata o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu obejmuje: koszt pobytu w oddziale ZOL, opieki pielęgniarskiej, konsultacji lekarzy w tym w razie potrzeby lekarzy specjalistów, badań diagnostycznych zleconych przez lekarza, rehabilitacji, terapii zajęciowej, w razie potrzeby terapii logopedycznej, psychologicznej, wyżywienia z uwzględnieniem zaleceń dietetycznych, korzystanie z urządzeń do samoobsługi i zapewnienia codziennej higieny, koszt leków, koszt zakupu pieluchomajtek, koszt środków higienicznych, leczenia odleżyn.

§ 4

Zleceniobiorca deklaruje gotowość przyjęcia pacjenta na pobyt odpłatny, komercyjny od dnia:

.....

§ 5

Zleceniodawca zobowiązuje dowieźć pacjenta do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy Zleceniobiorcy na własny koszt, w uzgodnionym terminie. Po zakończeniu trwania niniejszej umowy Zleceniodawca zobowiązany jest do odebrania pacjenta z Zakładu.

§ 6

1. W przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji (pacjent zostanie skierowany do szpitala), za okres pobytu pacjenta w szpitalu Zleceniobiorca pobiera opłatę obniżoną do wysokości 70% obowiązującej według cennika stawki za osobodzień, przez okres nie dłuższy niż 15 kolejnych dni kalendarzowych. Jeżeli pobyt pacjenta w szpitalu przekracza okres wskazany w zdaniu poprzednim, Zleceniobiorca może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym, chyba że Zleceniodawca zadeklaruje ponoszenie pełnej opłaty za świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze za ten okres określonej w § 3 ust. 1.
2. Za okres pozostawiania pacjenta poza zakładem z innych przyczyn niż w ust. 1 (np. ze względu na udzieloną przepustkę) Zleceniobiorca pobiera opłatę z tytułu zajętego łóżka w wysokości 70 % obowiązującej według cennika stawki za osobodzień – jednak nie dłuższej niż 2 dni kalendarzowe w miesiącu, za pozostałe dni obowiązuje opłata jak w § 3 ust. 1. w przypadkach jak w zdaniu pierwszym Zleceniobiorca nie ponosi kosztów związanych z transportem pacjenta.

§ 7

Zleceniobiorca oświadcza, że:

1. Umożliwi pacjentowi kontakt z rodziną i bliskimi; zgodnie z wewnętrznymi przepisami.
2. Prowadzi indywidualną dokumentację medyczną pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami;
3. Nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty, środki płatnicze i inne kosztowności nie przekazane do depozytu;
4. Zastrzega sobie prawo do zmiany miejsca zakwaterowania pacjenta w obrębie Zakładu, uwzględniając potrzeby wszystkich podopiecznych.

§ 8

1. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku stwierdzenia agresywnych zachowań ze strony pacjenta wobec personelu, pacjentów i innych osób przebywających w Zakładzie, wyrządzenia przez pacjenta szkód w mieniu Zleceniobiorcy lub osobie trzeciej.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 umowa ulega rozwiązaniu a Zleceniodawca jest zobowiązany odebrać pacjenta z Zakładu w terminie 2 dni od daty doręczenia Zleceniodawcy powiadomienia o rozwiązaniu umowy, zabierając wszystkie rzeczy osobiste pacjenta. W przypadku nie zastosowania się do powyższego obowiązku opuszczenia Zakładu przez pacjenta, Zleceniobiorcy przysługuje od Zleceniodawcy opłata dodatkowa w wysokości 100% stawki podstawowej za osobodzień. Z chwilą opuszczenia Zakładu przez pacjenta zwraca się Zleceniodawcy rzeczy pacjenta zdeponowane w depozycie, za pokwitowaniem. W przypadku nieodebrania rzeczy jak w zdaniu powyżej, przyjmuje się, iż pozostawione rzeczy zostały porzucone z zamiarem wyzbycia się własności w rozumieniu art. 180 Kc.

§ 9

1. Strony ustalają, że zapłata pierwszej opłaty za pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznym nastąpi przed przystąpieniem do wykonania świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem niniejszej umowy, w Kasie Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. lub na konto bankowe – Bank Spółdzielczy we Wschowie

nr 89 8669 0001 0141 6844 2000 0015.

2. Po dokonaniu wpłaty wystawiona zostanie faktura VAT zawierająca dane (imię, nazwisko, adres opiekuna prawnego). Dowód opłaty za pobyt Zleceniodawca obowiązany jest przekazać Zleceniobiorcy przy przyjęciu pacjenta do Zakładu.
3. Za kolejny okres pobytu pacjenta Zleceniodawca zobowiązuje się uiszczać opłatę za pobyt z góry za okres miesięczny w terminie płatności nie później niż na trzy dni robocze przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.
4. Opłatę dodatkową, o której mowa w § 8 ust. 2 umowy Zleceniodawca zobowiązuje się uścić Zleceniobiorcy w terminie 7 dni od daty wystawienia faktury.
5. W przypadku nie uiszczenia opłaty za pobyt pacjenta w ustalonym terminie Zleceniobiorca nalicza odsetki ustawowe z tytułu opóźnienia za każdy dzień zwłoki, a ponadto Zleceniobiorca jest uprawniony do rozwiązania niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 10

1. W przypadku rezygnacji przez Zleceniodawcę z pobytu pacjenta przed przyjęciem do Zakładu, po uiszczeniu opłaty za pobyt, Zleceniobiorca zwróci opłatę na wskazany rachunek bankowy. Rezygnacja Zleceniodawcy powinna nastąpić na piśmie, wówczas umowa ulega automatycznemu rozwiązaniu z datą złożenia rezygnacji.
2. W przypadku rezygnacji przez Zleceniodawcę z świadczonych usług w trakcie pobytu pacjenta w Zakładzie, Zleceniobiorca obowiązany jest wypowiedzieć niniejszą umowę na piśmie, wówczas opłata za pobyt naliczana jest w wysokości proporcjonalnej do okresu pobytu pacjenta.

§ 11

1. Umowa zawarta jest na czas określony od dnia do dnia
..... Okres pobytu może ulec przedłużeniu na podstawie aneksu do umowy.
2. W przypadku wygaśnięcia umowy z upływem okresu na który została zawarta, Zleceniodawca zobowiązany jest odebrać pacjenta z Zakładu.

§ 12

Poza przypadkami wskazanymi w niniejszej umowie, umowa ulega rozwiązaniu również w następujących sytuacjach:

1. Niedokonania przez Zleceniodawcę opłaty za pobyt pacjenta przed przyjęciem do Zakładu;
2. Zgonu pacjenta;
3. Naruszenia przez Zleceniodawcę zapisów § 4;
4. Wystąpienia u pacjenta przeciwwskazań natury zdrowotnej do jego pobytu w Zakładzie np. choroby zakaźne, choroby psychiczne lub inne stwierdzone przez lekarza.

§ 13

1. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania niniejszej umowy przed upływem okresu na jaki została zawarta, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy wymaga dla swej ważności formy pisemnej.
3. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy powinno zostać złożone na koniec miesiąca kalendarzowego

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Regulamin Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego stanowiący załącznik do umowy.

§ 15

Sprawy sporne, wynikające z realizacji niniejszej umowy Strony będą starały się rozstrzygnąć w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia, spór rozstrzygać będzie sąd właściwy miejscowo dla siedziby lub zamieszkania pacjenta.

§ 16

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Zleceniodawcy i jeden dla Zleceniobiorcy.

ZLECENIOBIORCA

.....

(data i czytelny podpis)

ZLECENIODAWCA

.....

.....

Potwierdzenie Kierownika ZOL o możliwości przyjęcia w terminie określonym w § 4

*Niepotrzebne skreślić