# 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

### 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

1. **Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji** (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

### odżywianie

* **samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

Karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik ………………………………………………………………………………………



Karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem …………………………………………………………………………………

Zakładanie zgłębnika …………………………………………………………………………………………………………………………

Inne niewymienione …………………………………………………………………………………………………………………………

### higiena ciała

* **samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

 w przypadku pacjenta wentylowanego mechnicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej ……………………………………………………………………………………….

 Inne niewymienione …………………………………………………………………………………………………………………………

### oddawanie moczu

* **samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

 Cewnik

 Inne niewymienione …………………………………………………………………………………………………………………………

### oddawanie stolca

* **samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

 Pielęgnacja stomii ……………………………………………………………………………………………………………………………

 Wykonywanie lewatywy i irygacji ……………………………………………………………………………………………………

 Inne niewymienione ……………………………………………………………………………………………………………………….

### przemieszczanie pacjenta

* **samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

Z zawansowaną osteoporozą ……………………………………………………………………………………………………………

 Którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności ……………………………………………………………………..

 Inne niewymienione ………………………………………………………………………………………………………………………….

### rany przewlekłe

 odleżyny …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 rany cukrzycowe ......................................................................................................................................

 inne niewymienione ………………………………………………………………………..

**g) oddychanie wspomagane** …………………………………………………………………………………………………………

**h) świadomość pacjenta: tak/nie/ z przerwami**………………………………………......................................

**i) inne** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **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-Leczniczym 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-Leczniczym 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.** | **Czynność3)** | **Wynik4)** |
| 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 przemieszczać się; 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 zrobić coś sam  10=niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5. | **Mycie i kąpiel całego ciała**  0= zależny  5= niezależny pod prysznicem |  |
| 6. | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich**  0= nie porusza się lub < 50 m  5= niezależny od wózka; wliczając zakręty > 50 m  10= spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m  15= niezależny ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski>50 m |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7. | **Wchodzenie i schodzenie po schodach**  0= nie jest w stanie  5= potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10= samodzielny |  |
| 8. | **Ubieranie się i rozbieranie**  0= zależny  5= potrzebuje 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 mocz |  |
| **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

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

w Centrum Gerontologii - Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Polkowicach

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Rok urodzenia……………………………………………………

Adres ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* 1. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* 1. 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 – płciowy…………………………………………………………………………………………..

1. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Układ nerwowy i narządy zmysłów

……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Rozpoznanie (choroba zasadnicza) w języku polskim oraz wg. Klasyfikacji ICD – 10……………………………………………………………………………………………………………………………….
2. 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? ) |

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

…………………………………………………. (pieczęć i podpis, data)

**Załącznik nr 9**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

w Centrum Gerontologii - Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym 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 – 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