ZESTAW DOKUMENTÓW

WYMAGANYCH

DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

W PRZASNYSZU, UL. ŚWIERCZEWO 9

1. Wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie.
3. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego.
4. Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego wg skali BARTHEL.
5. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie, w szczególności:

f. *decyzję organu emerytalno – rentowego ustalającego wysokość emerytury albo renty; do decyzji załącza się zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami lub*

g. *decyzję o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej; do decyzji można dołączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu albo przedstawiciela ustawowego do odbioru tych należności przez zakład.*

h. *inne dokumenty potwierdzające dochód osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo –leczniczego pozwalające na pokrycie pełnych kosztów pobytu pacjenta w okresie warunkowego przyjęcia do zakładu, do czasu uzyskania świadczeń, o których mowa wyżej.*

9. Oświadczenie – zgoda na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.
10. Deklaracja wyboru placówki opiekuńczej.
11. Aktualne wyniki badań :

- Morfologia pełna,
- Elektrolity,
- Mocznik, Kreatynina,
- OB lub CRP,
- ALT, AST, GGTP, Bilirubina,
- GLUKOZA. Lipaza, Amylaza,
- Lipidogram,
- Białko całkowite,
- Mocz- bad. ogólne
- Ekg serca,
- RTG kl. piersiowej.

12. Ksero dokumentów z przebytego wcześniej leczenia szpitalnego.

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania.

.....

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

…… ……

Miejscowość, data Podpis świadczeniobiorcy

Załącznik nr 2

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

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):**

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 tracheotomijnej .....

□ inne niewymienione .....

c) oddawanie moczu

□ samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

□ cewnik

□ inne niewymienione .....

d) oddawanie stolca

□ samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

□ pielęgnacja stomii .....

□ wykonywanie lewatyw i irygacji .....

□ 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 .....

a. **oddychanie wspomagane** .....
b. **świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami* ...** .....
c. **inne** .....

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel _____

…… ……

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

Załącznik nr 1

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO.

…… ……

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, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

Załącznik nr 3

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 uzasadniony 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.

Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE

Ja (imię/imiona) ……

nazwisko …… nazwisko rodowe …… imiona rodziców

…… miejsce urodzenia

…… numer dowodu osobistego

…… PESEL ……

wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.

…… data i podpis osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo –Leczniczego / przedstawiciela ustawowego / opiekuna faktycznego

Załącznik nr 4

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel.

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy …….....……...……

Adres zamieszkania …….....……...……..... PESEL
(w przypadku braku numer dokumentu potwierdzający tożsamość) .....

Lp.	**Nazwa czynności[1]/**	Wartość punktowa [2]
1.	**Spożywanie posiłków** 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	
2.	**Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie** 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10= mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 10 = samodzielny	
3	**Utrzymanie higieny osobistej** 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	**Korzystanie z toalety (WC)** 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	**Mycie, kąpiel całego ciała** 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	**Poruszanie się po powierzchniach płaskich** 0 = nie porusza się lub poniżej 50 m 5 =niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m 10 = spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby powyżej 50 m 15= niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 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 pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 =niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	**Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu** 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenie 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 (zdarzenie przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ³/		

¹/ Należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan

²/ Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

³/ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów ……..…….....

……

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego *data, pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego*

Załącznik nr 6

DEKLARACJA WYBORU ZAKŁADU OPIEKUNCZO – LECZNICZEGO

(dane opiekuna)

Ja, niżej podpisany(a).....

Stopień pokrewieństwa ……..zamieszkała/y……...

Seria i numer dowodu osobistego
.....PESEL……

Telefony kontaktowe…… **wyrażam zgodę na pobyt w**
ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM W PRZASNYSZU,

ul. Świerczewo 9.

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

…… ……

Data, miejscowość *Podpis osoby skierowanej do ZOL lub jej przedstawiciel ustawowy*