|  |
| --- |
| ……………………………..dnia r. |
| (miejscowość) | (data) |

ZAKŁAD

…………………………………………………………………….. (imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do ZOL)

……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………….. (adres zameldowania wraz z kodem pocztowym)

…………………………………………………………………….. (numer ewidencyjny PESEL)

……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………….. (adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym - wypełnić, jeżeli inny niż podany powyżej)

…………………………………………………………………….. (numer telefonu kontaktowego)

OPIEKUŃCZO - LECZNICZY

## Szpital w Kamieniu Pomorskim Sp. z. o.o.

**ul. Szpitalna 10**

## 72-400 Kamień Pomorski

**Tel. 729-058-364**

**Proszę o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego przy ulicy Szpitalnej 10 w Kamieniu Pomorskim.**

**Prośbę swoją motywuję** ……………………………………………....................................................................

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

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

#### Załączniki do wniosku :

1. **WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO.**
2. **WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE.**
3. **SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO.**
4. **SKALA „BARTHEL” PODPISANA PRZEZ LEKARZA ORAZ PIELĘGNIARKĘ POZ lub ODDZIAŁU SZPITALNEGO.**

#### Wraz z wypełnionym kompletnym podpisanym wnioskiem proszę dostarczyć również :

1. Skierowanie do ZOL na kuponie (recepcie) od lekarza POZ lub Oddziału Szpitalnego - który to zawiera prośbę o skierowanie do ZOL oraz skróty jednostek chorobowych pacjenta.
2. Ksero wszystkich dotychczasowych wypisów z przebytego leczenia szpitalnego.
3. Ksero decyzji rentalno - emerytalnej z marca b/r- lub ksero decyzji o przyznaniu zasiłku stałego z MOPS.
4. Ksero przyznanej grupy inwalidzkiej, jeśli chory taką posiada.
5. Ksero wydanego ubezwłasnowolnienia pacjenta - jeśli takie istnieje.
6. Jeżeli pacjent wymaga żywienia przez sondę żołądkową dietą przemysłową należy dostarczyć dokumenty kwalifikujące go do w/w diety oraz skalę NRS lub SGA.
7. Wyniki badań laboratoryjnych wykonanych w okresie od 1-6 m-cy ( morfologia, CRP, badanie ogólne moczu, Aspat, Alat, bilirubina, jonogram, glukoza i kreatynina we krwi, HBS), wymaz z odleżyn, EKG oraz RTG klatki piersiowej wykonane w ostatnich 2 latach. Aktualne zdjęcie RTG płuc, jeżeli pacjent ma schorzenie płuc.
8. Negatywny wynik testu SARS-CoV2 musi być wykonany nie wcześniej niż 4 dni przed wyznaczonym terminem przyjęcia.

…………………………………….

(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie lub jej przedstawiciela ustawowego)

Załącznik nr 1. Do wniosku o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kamieniu Pomorskim.

# WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO

**/ ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

## DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

**……………………………………………………………………………………………………**

Imię i Nazwisko

## ……………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania

## ……………………………………………………………………………………………………

Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………Miejscowość, data | ………………………………………Podpis świadczeniobiorcy |

Załącznik nr 2. Do wniosku o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

# KARTA OCENY SWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM1

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel2)

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

Adres zamieszkania:

### …………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………..

Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

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

# Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czynność 3** | **Wynik4** |
| 1. | **Spożywanie posiłków**0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść**5** - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub I wymaga zmodyfikowanej diety**10 - samodzielny, niezależny** |  |
| 2. | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie**0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)**10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – samodzielny** |  |
| 3. | **Utrzymywanie 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 - zależny5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam**10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się** |  |
| 5. | **Mycie, kąpiel całego ciała :**0 - zależny5 - niezależny lub pod prysznicem |  |
| 6. | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich :**0 - nie porusza się lub < 50 m5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m**10 - spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m** |  |

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

4 Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50m** |  |
| 7. | **Wchodzenie i schodzenie po schodach :**0 - nie jest w stanie5 - 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 zapianiu guzików, zamka, 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 niesamodzielny5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)**10 - panuje, utrzymuje mocz** |  |
|  | Wynik kwalifikacji5 |  |

# Wynik oceny stanu zdrowia :

### Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga 1) skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym6……………………………………………….……………………….……………………………

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

### …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

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

### …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

lub lekarza zakładu opiekuńczego zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Załącznik nr 3. Do wniosku o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

5 Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z IP. 1-10.

6 Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. Skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

# WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

## WYWIAD PIELĘGNIARSKI

1. **Dane świadczeniobiorcy:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………… Imię i nazwisko

…………………………………………………………………………………………………………………………………… Adres zamieszkania

…………………………………………………………………………………………………………………………………… Numer pesel, w przypadku jego braku - numer potwierdzający tożsamość

## Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

1. **odżywianie**
* **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia\***

□ karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik ..............................................................................................

□ karmienie pacjenta z zaburzeniami połykania ........................................................................................

□ zakładanie zgłębnika ................................................................................................................................

□ inne niewymienione .................................................................................................................................

1. **higiena ciała**
* **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia\***
* w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie - toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej .........................................................................................................

□ inne niewymienione ................................................................................................................................

1. **oddawanie moczu**
* **samodzielny/ przy pomocy / utrudnienia\***
* cewnik

□ inne niewymienione ................................................................................................................................

1. **oddawanie stolca**
* **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia\***
* pielęgnacja stomii
* wykonywanie lewatyw i irygacji

□ inne niewymienione .................................................................................................................................

1. **przemieszczanie pacjenta**
* **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia\***
* z zaawansowaną osteoporozą
* stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności

□ inne niewymienione .................................................................................................................................

1. **rany przewlekłe**
* odleżyny
* rany cukrzycowe

□ inne niewymienione .................................................................................................................................

1. **oddychanie wspomagane**
2. **świadomość pacjenta TAK / NIE / Z PRZERWAMI\***

i) inne..........................................................................................

## Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel \*\* / \*\*\*………………………………………………..

……………………………………… ……………………………………………… miejscowość, data podpis oraz pieczęć pielęgniarki

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że ………………………………………………………………………………………………..

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

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

imię i nazwisko / adres zamieszkania / PESEL

### wymaga / nie wymaga \* skierowania do zakładu opiekuńczo - leczniczego / zakładu pielęgnacyjno opiekuńczego \*.

\* niepotrzebne skreślić

\*\* W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 201, poz.1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w atr. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Z dnia 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

# Dodatkowy wywiad lekarski:

1. Przyczyna dysfagii:

a) udar mózgu, przyczyna ………………………………………………………..

1. guzy głowy czy szyi
2. neuropatie obwodowe
3. dystrofia mięśniowa
4. stany zapalne jamy ustnej czy gardła
5. zaburzenia czynnościowe
6. uchyłki przełyku, zapalenie przełyku
7. twardzina układowa

i) inne przyczyny……………………………………………………………………….

1. Założone wkłucia obwodowe tak / nie

- data założenia kłucia……………………………………………………………….

1. Założony cewnik Foley’a tak / nie

- data założenia cewnika…………………………………………………………..

1. Stomia tak / nie

-rodzaj stomii ……………………………………………………………………………

-data założenia stomii………………………………………………………………..

1. Rurka tracheotomijna tak / nie

- data założenia rurki………………………………………………………………….

1. Sposób odżywiania: a) naturalny

b) inny :

* + sonda żołądkowa
	+ cewnik do żywienia przemysłowego
	+ gastrostomia
	+ dożylna
1. Rodzaj podawanego pożywienia a) mix kuchenny
2. żywienie przemysłowe jakie?………………………………………………….
3. nie dotyczy
4. Kwalifikacja do żywienia dietą przemysłową tak / nie
	* data kwalifikacji do żywienia przemysłowego……………………………
5. Odleżyny tak / nie
	* miejsce wystąpienia odleżyny …………………………………………………..
6. Owrzodzenia skóry tak / nie
	* miejsca wystąpienia owrzodzeń………………………………………………..

11. Inne zmiany skórne…………………………………………………………………………………………………………………………

## W przypadku gdy przy przyjęciu stan pacjenta będzie odbiegał zdecydowanie od deklarowanego w powyższym wniosku NIE zostanie on przyjęty do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

………………………………………………………………..

Data i podpis lekarza

.

Załącznik nr 4. Do wniosku o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

# SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO/ ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZEGO\*

## Niniejszym kieruję:

### ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko świadczeniobiorcy

### ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

adres zamieszkania świadczeniobiorcy

### ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania)

### ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nr telefonu do kontaktu

### ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nr PESEL, a w przypadku jego braku - nr dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

### ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

rozpoznanie w języku polskim wg ICD-10 (choroba zasadnicza, współistniejące)

### ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

dotychczasowe leczenie

### Potrzeba dotychczasowego leczenia (TAK / NIE)

Liczba punktów w skali BARTHEL, którą uzyska świadczeniobiorca\*\*………………………………………………..

### Przypadek nagły wynikające ze zdarzeń losowych i uzasadniający stan zdrowia (TAK / NIE)

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

Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr tel. do kontaktu)\*\*\*

### ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pielęgniarka Podstawowej Opieki Zdrowotnej świadczeniobiorcy, (imię i nazwisko, nr tel. do kontaktu)\*\*\*

### ……………………………………….. …………………………………………………………………

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 przypadku pojawienia się potrzeby zakwalifikowania pacjenta w trybie pilnym prosimy o uzasadnienie pilności przypadku ze względu na stan zdrowia (lekarz) lub ze względu na warunki socjalne (pracownik socjalny).

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

…………………………..……………

#### Podpis i pieczątka lekarza/pracownika socjalnego

Załącznik nr 5. Do wniosku o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

# OŚWIADCZENIE W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany , działając w imieniu własnym, na

podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 i art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym również w przypadku zaistnienia takiej konieczności, wykorzystywania ich w zakresie oznaczonym w złożonym wniosku i załączonych dokumentach.

Jednocześnie potwierdzam, że pouczono mnie o możliwości wglądu w rejestr danych osobowych dotyczących mojej osoby w celu skontrolowania tych danych i ewentualnego poprawienia błędnych danych.

### ……..………………………………………………

(podpis)

Załącznik nr 6. Do wniosku o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

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

(Imię i nazwisko opiekuna/osoby bliskiej, numer pesel)

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

(nr telefonu do kontaktu)

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

Adres zamieszkania

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

(numer i seria dowodu osobistego opiekuna/osoby bliskiej)

### ..……………………….…dnia r.

(miejscowość) (data)

# ZGODA I OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA PACJENTA

1. Ja niżej podpisana/-y/ oświadczam, że jestem osobą bliską, opiekunem / tj

…........................................../ Pana/Pani ….............................................................................................

(stopień pokrewieństwa)

1. Wyrażam zgodę na uiszczenie należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym obliczonej na podstawie wysokości 70% dochodu zgodnie z ustawą o pomocy społecznej ( Dz. U. 2009 Nr 175, poz.1362 z póź.zm.)

Po otrzymaniu faktury kwota zostanie wpłacona na konto bankowe 73 1600 1462 1862 3693 5000 0004

1. Zobowiązuję się również jako opiekun, iż w przypadku zakończenia pobytu pacjenta:.................................................................................... w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Szpital w Kamieniu Pomorskim ul. Szpitalna 10 zgodnie z wydaną decyzją kwalifikującą odebrać pacjenta z placówki w terminie wyznaczonym przez Zakład.
2. W przypadku nieodebrania pacjenta, pacjent zostanie odwieziony na koszt osoby bliskiej/opiekuna na podany niżej adres :

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

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

(numer domu, mieszkania, ulica, miejscowość, kod pocztowy)

### ........................................................................

podpis opiekuna prawnego/pacjenta