

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO /
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO**

Dane świadczeniobiorcy:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

3. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

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

a) odżywianie

- samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*

karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik

karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem

zakładanie zgłębnika

inne niewymienione

b) higiena ciała

- samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*

w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie - toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej

inne niewymienione

c) oddawanie moczu

- samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*

cewnik

inne niewymienione

d) oddawanie stolca

- samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*

pielęgnacja stomii

wykonywanie 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

g) oddychanie wspomagane

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

i) inne

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

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

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO /
ZAKŁADU PIELEGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO***

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeni odbiorcy

.....
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 / Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego*.

.....
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.

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pokrywanie kosztów związanych z pobytem w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym / Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym* w Lubsku przy Szpital Na Wyspie Sp. z o.o. w Żarach – zgodnie z art. 34a ust. 1 i 2 ustawy z dn. 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Dochody otrzymuję przekazem pocztowym na adres domowy / na konto osobiste*.

* podkreślić właściwe

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych.

.....
potwierdzenie zgodności podpisu przez lekarza

.....
*podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie
lub opiekuna prawnego*

ZOBOWIĄZANIE OPIEKUNA

Oświadczam, że zobowiązuję się po upływie ustawowego terminu pobytu w ZOL / ZPO w Lubsku do odebrania z w/w zakładu Pana / Pani:

.....
imię i nazwisko

.....
podpis, miejscowość, data

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania:

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Lp.	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
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 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 — 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 < 50 m 5 — niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 — spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 — niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
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 (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	
	Wynik kwalifikacji⁵⁾	

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

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 lekarza zakładu opiekuńczego

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.

⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.