

Zestaw dokumentów wymaganych do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Pionkach :

1. Wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego / Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego.
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie.
3. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego / Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego.
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:
 - a) 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
- b) 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.
6. Oświadczenie – zgoda na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.
7. Deklaracja wyboru placówki opiekuńczej.
8. Dane osobowe.
9. **Ksero kopie dokumentów z przebytego wcześniej leczenia.**

UWAGA:

Proszę zwrócić uwagę, aby na dokumentach były pieczętki z Regonem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a na Skierowaniu pieczęć z VII i VIII kodem resortowym

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

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 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

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że PESEL
wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego / zakładu pielęgnacyjno-
opiekuńczego *.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.

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

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/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.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali skali Barthel.

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

PESEL (w przypadku braku numeru dokumentu potwierdzającego 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 = spaceruje 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 moczu	
	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

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczego

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

OŚWIADCZENIE

Ja legitymujący(a) się dowodem osobistym seria i nr.....PESEL wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ oraz wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu w systemach informacyjnych SPZZOZ w Pionkach oraz płatnika. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....
data i podpis osoby kierowanej do Zakładu
Opiekuńczo-Leczniczego

DEKLARACJA WYBORU ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

Ja, niżej podpisany(a).....

wyrażam zgodę na pobyt w*

.....

Lp.	Nazwa placówki	Adres placówki	Telefon
1	NZOZ ZOL	Joniec 51	(023)-661-60-15
2	Ewangelicki 3Ośrodek Diakonii „Tabita” ZOL NZOZ	Konstancin Jeziorna ul. Długa 43	(022)-756-41-04
3	SP Zakład Opieki Paliatywnej/Stacjonarnej w Lipsku	27 – 300 Lipsko ul Śniadeckiego 2	(0-48)-378-06-11 wew. 263
4	Ośrodek Opiekuńczo-Leczniczy Księży Orionistów Im .Ks. Bronisława Dąbrowskiego	Łązniew Al. Orionistów 1	(022)-731-99-34
5	SPZOZ ZZLOiZ im. Duńskiego Czerwonego Krzyża w Makowie Mazowieckim	Maków Mazowiecki ul. Witosa 2	(029)-717-11-23
6	ZOL dla Przewlekłe Chorych Zgromadzenia Sióstr Orionistek	Otwock ul. Zamenhofa 22	(022)-779-22-71
7	ZPZOZ w Otwocku	05 – 400 Otwock ul. Batorego 44	(0-22)-779-50-41 do 45
8	ZOL dla dorosłych	Pacyna Skrzyszewy 26	(024)-285-10-54
9	ZOL SPZZOZ w Pionkach	Pionki ul. 15-Styczna 1A	(048)-612-13-81
10	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu	Radom ul. Tochtermana 1	(0-48) 361-53-85; 361-55-44;
11	SWPZ Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu im. Dr B. Borzym	Radom ul. Krychnowicka 1	(0-48) 332-21-21

- właściwe wpisać

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

.....

miejsowość i data

.....

Podpis osoby skierowanej do ZOL lub jej przedstawiciela ustawowego

OSOBY DO KONTAKTU:

L.p.	Imię i nazwisko	wiek	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Nr tel. do kontaktu

DANE Z DOWODU TOŻSAMOŚCI NIEZBĘDNE DO PRZYJĘCIA PACJENTA:

- PESEL.....
- nazwisko rodowe
- data i miejsce urodzenia.....
- wzrost (cm).....

WYMAGANE INFORMACJE DOTYCZĄCE STAŁYCH DOCHODÓW PACJENTA:

- numer świadczenia
- numer oraz data wydania legitymacji (ZUS).....