

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

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 (imię nazwisko nr prawa wykonywania zawodu) oraz **pieczęć podmiotu leczniczego**, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

* Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
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 lewatywy 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** (imię,
nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-
leczniczego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć **lekarza** (imię,
nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu)

Imię, nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

OCENA ŚWIADCZENIOBIORCY WG SKALI BARTHEL

L/p	Nazwa czynności */	Wartość punktowa **/
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.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności 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 < 50m 5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 = spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 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 i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu 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 (zdarzenie przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ***/		

Wynik oceny stanu zdrowia : Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu z zakładu opiekuńczego.

.....
Data, imię, nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu **pielęgniarki** ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego oraz jej podpis

.....
Data, imię, nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu **lekarza** ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego oraz jego podpis

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Miejscowość, data

.....
Pesel świadczeniobiorcy

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY
W CHEŁMNIE

W związku z otrzymaniem skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Chełmnie składam następujące oświadczenie:

1. Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za mój pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Chełmnie do 25 dnia każdego miesiąca w kasie Szpitala bądź przelewem na konto:

Bank Spółdzielczy w Brodnicy 73 9484 1163 2700 0702 8519 0001

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z późniejszymi zmianami
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych z późniejszymi zmianami.

2. Wyrażam zgodę, aby ZUS, KRUS, MOPS, GOPS dokonywał przekazywania na wskazane konto Szpitala kwoty naliczonej za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach.

.....
Podpis świadczeniobiorcy lub osoby działającej w jego imieniu.