

**NZOZ ZAKŁAD OPIEKUŃCZO –LECNICZY BONA-MED. SP. Z O.O.
31-202 KRAKÓW SIEMASZKI 17 C-E TEL: 12 416 55 66**

WYKAZ WYMAGANYCH DOKUMENTÓW CELEM PRZYJĘCIA WNIOSKU:

ZAŁĄCZONE WE WNIOSKU:

1. Skierowanie do Zakładu opiekuńczo-Leczniczego: wydane przez lekarza rodzinnego lub prowadzącego ze szpitala
2. Wypełnione przez pielęgniarkę środowiskową w miejscu zamieszkania lub pielęgniarkę społeczną ze szpitala:
 - a. wywiad pielęgniarski
 - b. ocena pacjenta wg skali Barthel + skala Glasgow przy 0 Barthel
3. Karta z danymi personalnymi chorego
4. Decyzja ZUS o przyznaniu świadczenia lub ostatni odcinek renty lub Emerytury
5. Dowód osobisty - do wglądu
6. Legitymacja emeryta/ rencisty – do wglądu
7. Zaświadczenie lekarza psychiatry o braku przeciwwskazań do umieszczenia w Zakładzie
8. Pełnomocnictwo odnośnie udzielania informacji
9. Zgoda chorego na umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym

DODATKOWO:

10. Karty informacyjne z przebiegu dotychczasowego leczenia
11. Aktualne wyniki następujących badań:
 - a. Morfologia
 - b. Poziom glukozy we krwi
 - c. OB
 - d. Mocz- badanie ogólne
 - e. Mocznik
 - f. HBS
 - g. Anty-HCV
 - h. RTG
 - i. OWA

Załącznik nr 1

Do rozporządzenia Ministra Zdrowia z
Z dnia 25 czerwca 2012

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

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

.....
KOD ICD-10 i 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.

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 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 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".

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

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 > 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 (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 mocz	
	Wynik kwalifikacji⁵⁾	

-wypełnić na odwrocie-

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*

.....
*data, pieczęć, podpis pielęgniarki
ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki 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 lp. 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.

**DANE PERSONALNE OSOBY UBIEGAJACEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO**

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA I MIEJSCE URODZENIA	
ADRES ZAMELDOWANIA	
NIP	
AKTUALNE MIEJSCE POBYTU	
SERIA I NUMER DOWODU	
NUMER EMERYTURY/RENTY	
NUMER TELEFONU	
IMIĘ I NAZWISKO ADRES, OPIEKUNA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU CHOREGO	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA	
DODATKOWE INFORMACJE, UWAGI	

.....
PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ