Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 1755)

Caritas Archidiecezji Katowickiej

Dom Świętego Józefa

NZOZ ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY

ul. Czempiela 1, 40 - 044 Katowice

Tel.: +48 32 251 29 39;+48 519512995

Fax: +48 32 25 11-082; Email: z_o_l@wp.pl

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

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

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

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

……..……...…… Miejscowość, data

…… Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Załącznik nr 3

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 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.

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

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 = spacery 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 mocz	
	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

* / - niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Ja ..... legitymujący(a) się dowodem osobistym seria i nr.....….…….....PESEL .....…..... wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Katowicach ul. Czempiela 1 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

OSOBY DO KONTAKTU:

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

DANE Z DOWODU TOŻSAMOŚCI PACJENTA NIEZBĘDNE DO PRZYJĘCIA:

- PESEL……..……...……..…
- imię/imiona …….
- nazwisko rodowe ……...
- data i miejsce urodzenia……..…….……
- imiona rodziców …….

NAZWA I ADRES PRZYCHODNI LEKARZA POZ, DO KTÓREJ NALEŻY PACJENT :

……..…….....……...…

..….....……..…….....……..…….....…..……

WYMAGANE INFORMACJE DOTYCZĄCE STAŁYCH DOCHODÓW PACJENTA:

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