

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY

prowadzony przez Zgromadzenie Małych Sióstr Niepokalanego Serca Maryi „Honoratki”
42-202 Częstochowa, ul. Ogrodowa 35, tel. 34 365 10 49; 34 324-39-91,
e-mail: zol.honoratki@wp.pl

Z Wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego, może wystąpić osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu lub – za zgodą tej osoby jej przedstawiciel ustawowy lub – za zgodą tej osoby inna osoba lub zakład opieki zdrowotnej. /Dz. U. 2012 poz. 731 z dnia 25.06.2012/.

Do wniosku dołącza się:

1. Wywiad pielęgniarzki przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskową /rodzinną/ lub pielęgniarkę zakładu opieki zdrowotnej, w którym osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu przebywa oraz zaświadczenie lekarskie.
2. Skierowanie do ZOL – wystawione wyłącznie przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Skala Barthel, / pacjent który uzyska powyżej 40 pkt. nie kwalifikuje się do ZOL /
4. Kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej (wypis ze szpitala) oraz podstawowe wyniki badań: **mocz, morfologia, rtg płuc, Fe, HIV, HBs i HCV.**
5. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu;
a/ kserokopię aktualnej decyzji organu emerytalno – rentowego,
b/ kserokopię decyzji o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego,
6. Oświadczenie pacjenta wyrażające **zgodę** na pobyt w ZOL, na warunki odpłatności w zakładzie itp.
7. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub I czy II stopień grupy inwalidzkiej.

Uwaga!

W przypadku chorych niemogących wyrazić świadomie zgody na umieszczenie w ZOL konieczne jest uzyskanie postanowienia Sądu o umieszczeniu bez zgody.

W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej należy dołączyć:

- postanowienie Sądu o ubezwłasnowolnieniu,
- postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,
- lub pełnomocnictwo notarialne.

W przypadku gdy pacjentka jest świadoma w podejmowaniu swoich decyzji, ale z powodu choroby (np. niedowład kończyn górnych) nie jest możliwe złożenie podpisu, lekarz stwierdza, że: w jego obecności pacjentka wyraziła zgodę na pobyt w ZOL lub „podpis jest niemożliwy”.

Wniosek wraz z załączonymi dokumentami składa się w administracji Zakładu, Częstochowa, ul. Ogrodowa 35. Komisja opiniująca Wniosek, wyda w ciągu 14 dni decyzję co do możliwości skierowania osoby ubiegającej się o miejsce w ZOL. Dyrektor lub pracownik socjalny powiadamia osobę skierowaną do Zakładu o terminie przyjęcia.

WNIOSK

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego prowadzonego przez Zgromadzenie Małych Sióstr Niepokalanego Serca Maryi „Honoratki” w Częstochowie, ul. Ogrodowa 35.

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

1. Nazwisko i imię.....

2. PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Adres zamieszkania ul.

.....
.....
kod Miejscowość

4. Adres do korespondencji ul.

.....
.....
kod Miejscowość

5. Tel. do kontaktu : I

II

6. Oświadczenie osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL o braku zajęć komorniczych i obciążeń kredytowych.

Oświadczam że,

.....

.....
Miejscowość, data

.....
własnoręczny podpis
lub
przedstawiciela ustawowego

Częstochowa, dn.

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY
prowadzony przez Zgromadzenie
Małych Sióstr Niepokalanego Serca
Maryi, „Honoratki”
42-202 Częstochowa, ul. Ogrodowa 35

I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko.....

PESEL

1) Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417):

- nie upoważniam nikogo upoważniam poniżej wymienioną osobę
do [zaznaczyć odpowiednio]:
- dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w ZOL, ul. Ogrodowa 35
- udzielania jej informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko:

Pesel:

Dane kontaktowe-adres:

.....Tel.

.....

(podpis pacjenta)

2) Ja, niżej podpisana, **wyrażam zgodę** na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, na warunki odpłatności za pobyt w tej placówce oraz na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000) w celu realizacji procesu przyjęcia i przebywania w ZOL.

.....

(podpis pacjenta)

3) Jednocześnie oświadczam, że jestem zdeklarowana do lekarza POZ:

Imię i nazwisko lekarza.....

Nazwa i adres przychodni.....

.....

.....

.....

(podpis pacjenta)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
Częstochowa, ul. Ogrodowa 35

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)

.....kod.....

.....kod.....

.....kod.....

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 oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także
nazwa (firmy) 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 albo imię i nazwisko
pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa wykonywania
zawodu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko lekarza,
jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2020r. poz. 2055 oraz z 2022r. poz. 655) 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 2019 r. poz. 886 oraz z 2022r. poz. 974), 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, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego 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	

⁵⁾ Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 2064), które weszło w życie z dniem 12 listopada 2019 r.

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⁾		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....

.....

.....

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego,
oraz jego podpis⁶⁾

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa
wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego oraz jej podpis⁶⁾

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 z lp. 1–10.

⁶⁾ Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.