załącznik nr 1
do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca2012 r. (poz. 731)

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

……
Imię i nazwisko

……

……..….
Adres zamieszkania i tel. kontaktowy

……
Numer PESEL, a w przypadku jego braku − numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

……. ……
Miejscowość, data Podpis świadczeniobiorcy

załącznik nr 2
do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. (poz. 731)

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO / PRZEBYWAJĄCEGO ZAKŁAD OPIEKUŃCZO - LECZNICZY

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel.

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

.....

L/p	**Nazwa czynności** */	**Wartość punktowa** **/
1.	**Spożywanie posiłków** 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	**Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)** 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 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, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	**Korzystanie z toalety (WC)** 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby.	
5.	**Mycie, kąpiel całego ciała** 0 = zależny, 5 = niezależny.	
6.	**Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)** 0 = nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku, 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku, 10 = spacery z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > powyżej 50.	
7.	**Wchodzenie i schodzenie po schodach** 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji, 10 = samodzielny.	
8.	**Ubieranie i rozbieranie się.** 0 = zależny, 5 = potrzebuje częściowej pomocy, 10 = niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	**Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu** 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydalania, 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	**Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego** 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany, 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu.	
Wynik kwalifikacji */**		

*/ należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta,

**/ należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości ,

***/ należy wpisać uzyskaną sumę punktów.

.....

Data, pieczęć, podpis lekarz i pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

…… ……..…….

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”.

załącznik nr 3
do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca2012 r. (poz. 731)

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**……
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.

…… Knyszyn ……

Imię i nazwisko

……

Adres zamieszkania

……

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wystąpienie w moim imieniu przez

……

……

/ imię i nazwisko, adres, telefon/

z wnioskiem o wydanie skierowania na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym w SP ZOZ im. dr E. Jelskiego w Knyszynie ul. Grodzieńska 96.

……

…… Knyszyn ……

Imię i nazwisko

……

Adres zamieszkania

……

Nr PESEL

……..

Nr świadczenia

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym w SP ZOZ im. dr E. Jelskiego w Knyszynie ul. Grodzieńska 96 z mojego świadczenia emerytalno-rentowego w terminie od 5 dnia każdego miesiąca.

O zasadach odpłatności jestem poinformowany/a.

……

podpis

……..

Imię i nazwisko

Knyszyn……

……..……

PESEL

…….

…….

Adres zamieszkania

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisany/ podpisana oświadczam, że upoważniam / nie upoważniam,
Pana/Panią

……

Nazwisko i imię upoważnionego

zamieszkałego/ zamieszkałą w ……..…..

…….……

Adres zamieszkania, nr telefonu

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej, pieniężnych świadczeń emerytalnych oraz do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

Niepotrzebne skreślić

Podstawa prawna §8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. (Dz.U. nr 252, poz.1697)

…….

Data i czytelny podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego