

Nazwisko i Imię osoby ubiegającej się o przyjęcie:

Nazwisko osoby składającej wniosek i telefon kontaktowy: _____

SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY z siedzibą przy ulicy Mirowskiej 15 w Częstochowie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY
 42-225 Częstochowa, ul. Bony 1/3 tel:(34) 37 02 620/-623/-626

Dokumenty niezbędne do przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego:

	Dokument	Osoba składająca lub wypełniająca	Podstawa prawna
1	<u>WNIOSEK</u> o przyjęcie do zakładu opiekuńczo - leczniczego	1. Osoba zainteresowana <i>lub</i> 2. Jej przedstawiciel ustawowy <i>lub</i> 3. Inny przedstawiciel ustawowy <i>lub</i> 4. Zakład Opieki Zdrowotnej	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach. (Dziennik Ustaw numer 166 pozycja 1265)
2	<u>ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE</u> stwierdzające, że osoba ubiegające się o skierowanie do zakładu ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej opieki i nie wymaga hospitalizacji	1. Lekarz POZ-u (przychodni) <i>lub</i> 2. Lekarz z Oddziału Szpitalnego Zaświadczenie powinno zawierać: A) czytelny numer prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego B) czytelny numer umowy Przychodni lub Szpitala z NFZ	
3	<u>WYWIAD PIELEGNIARSKI</u>	1)Pielęgniarka środowiskowa (rodzinna) <i>lub</i> 2) Pielęgniarka zakładu opieki zdrowotnej, w którym osoba ubiegająca się przebywa	Załącznik nr 2 Załącznik nr 3 Załącznik nr 4 Kwalifikacja pielęgniarska <ocena stanu samoobsługi pacjenta>
4	<u>DECYZJA ORGANU EMERYTALNO -- RENTOWEGO</u> ustalająca wysokość emerytury lub renty + <u>KSERO</u> odcinka emerytury / renty <i>l u b</i> <u>DECYZJA o PRZYZNANIU</u> zasiłku stałego wyrównawczego <i>lub</i> renty socjalnej	5 <u>PISEMNA ZGODA</u> na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie 6 <u>OŚWIADCZENIE PACJENTA</u> na dostęp <i>lub</i> nie, do informacji o jego stanie zdrowia i dokumentacji medycznej 7 Oświadczenie o braku innych dochodów <i>oraz</i> o wstrzymaniu zasiłku pielęgnacyjnego na czas pobytu w Z O L	1). Osoba zainteresowana 1). Osoba zainteresowana

Wyżej wymienione dokumenty składa się w Biurze Zakładu w Częstochowie, przy ulicy Bony 1/3 budynek B III piętro. Komisja lekarska, opiniująca dokumentację, wyda w ciągu 14 dni opinię co do możliwości skierowania osoby ubiegającej się o miejsce w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym. Na jej podstawie Dyrektor Naczelny Miejskiego Szpitala Zespołonego podejmuje decyzję administracyjną.

Częstochowa, dn.....

W N I O S E K

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie ul. Bony 1/3. Jednocześnie oświadczam, że zgadzam się na pobieranie przez Zakład 70 % mojej emerytury/renty/zasiłku* a w momencie zmiany wysokości w/w świadczenia – do przeliczenia opłaty bez wydawania nowej decyzji.

Własnoręczny podpis lub podpis przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego

1	Imię i Nazwisko osoby starającej o przyjęcie do ZOL	
2	Adres miejsca zameldowania	
3	Adres miejsca zamieszkania	
4	Data urodzenia i miejsce	
5	Numer Dowodu Osobistego	
6	PESEL	
7	Numer emerytury/renty/ świadczenia	
8	Adres do korespondencji	
9	Nazwa przychodni, gdzie jest złożona deklaracja	
10	Imię i Nazwisko lekarza w Przychodni	

*)niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo- leczniczego

.....
Data i miejsce urodzenia.....

Adres.....
.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki).....
.....
.....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost..... ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: wydolny / niewydolny, ciśnienie krwi..... tętno/min.

4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo — płciowy.....

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....
.....
.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:.....
.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....

..... **kod**.....

9. Schorzenia współistniejące:

a)..... **kod**.....

b)..... **kod**.....

c) choroba zakaźna - **nie** jest nosicielem choroby zakaźnej.....

d) gruźlica; tak / nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym ; tak / nie.....

e) narkomania; tak - nie.....

f) choroba psychiczna - **nie** wymaga leczenia psychiatrycznego.....

-jeśli tak to jaka.....

III . Stwierdza się że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji*.

IV. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego.

Wyrażam / nie wyrażam */ zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela
ustawowego

.....
data, pieczęć i podpis lekarza

.....
*niepotrzebne skreślić

CZĘŚĆ II. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU.

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej						Liczba punktów
Oddzielne mieszkanie	0	Oddzielny pokój	2	Pokój wspólny z innymi osobami	3	
Usytuowanie mieszkania - parter	0	Powyżej parteru z windą	2	Powyżej parteru bez windy	3	
Ogrzewanie CO	0	Ogrzewanie węglowe	2	Brak stałego ogrzewania	3	
Pełny dostęp do łazienki	0	Ograniczony dostęp do łazienki	2	Brak łazienki	3	
Pełny dostęp do WC	0	Ograniczony dostęp do WC	2	Dostęp do WC poza budynkiem	3	
Pełny dostęp do kuchni	0	Ograniczony dostęp do kuchni	2	Brak dostępu do kuchni	3	
Warunki higieniczne bardzo dobre mieszkanie / pokój*) czyste, suche, widne, przestronne*)	0	Warunki higieniczne zadowalające mieszkanie/pokój *) dość czyste, częste korzystanie ze sztucznej oświetlenia, mało przestronne*)	2	Warunki higien. złe mieszkanie / pokój*) zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznej oświetlenia, barak wolnej przestrzeni*)	3	
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nie przystosowane	3	
Suma punktów						

*) właściwe podkreślić

- a) sytuacja bardzo dobra: 0-4 pkt. kategoria **A**
 b) sytuacja zadowalająca: 5-10 pkt. kategoria **B**
 c) sytuacja zła: 11 – 24 pkt. kategoria **C**

CZĘŚĆ III. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY / ŚRODOWISKA

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria*)
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych	C

*) właściwe podkreślić

CZĘŚĆ IV. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH

.....

Zakres wymaganej opieki	Kategorie*)
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgnarskiej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgnarskiej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgnarskiej	C

*) właściwe podkreślić

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH II – IV

--	--	--

.....
 data i podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad.

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*)

Wyrażam (nie wyrażam*) zgodę/y/ na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
 (data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego*)

*) Niepotrzebne skreślić

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Lp.	Nazwa czynności ¹⁾	Wartość Punktowa ²⁾
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie przełykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie 0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = nie korzysta w ogóle z toalety 5 = potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0 = kąpiący w wannie przy pomocy podnośnika 5 = wymaga pomocy 10 = samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = w ogóle się nie porusza 5 = porusza się na odległości do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10 = samodzielny niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m także z użyciem sprzętu	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = potrzebuje kompletnej pomocy innej osoby 5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 = samodzielny, niezależny, także w zapinaniu guzków, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 = kontroluje oddawanie moczu	
³⁾ Wynik kwalifikacji		

1. należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

2. należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

3. należy wpisać uzyskana, sumę punktów

.....
data, pieczęć, podpis lekarza i pielęgniarki

załącznik nr 8 do „Warunków zawarcia umów” stanowiących załącznik do zarządzenia nr 53/2008/DSOZ

2. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			

3. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nr telefonu świadczeniodawcy
1		
2		
3		

.....
Data, podpis i pieczęć pielęgniarki

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony
 ZAKŁAD OPIEKUNICZO-LECZNICZY
 42-200 Częstochowa, ul.Bony 1/3

Częstochowa, dn.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko

Numer PESEL>

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2004 r, zmieniającym rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu ich prowadzenia oraz szczegółowych i warunków jej udostępniania, **każdy pacjent** przyjęty do leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego, **składa podpis pod oświadczeniem** o treści:

1) Ja, niżej podpisany, **upoważniam** do otrzymywania informacji o swoim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych Pana/Panią:

..... PESEL.....

.....
 (PODPIS PACJENTA)

2) Ja, niżej podpisany, **w przypadku mojej śmierci, upoważniam** do uzyskania mojej dokumentacji medycznej Pana / Panią: (*)

..... PESEL.....

.....
 (PODPIS PACJENTA)

2) Ja, niżej podpisany, **nie wyrażam zgody** na dostęp do mojej dokumentacji medycznej Pana / Panią: (*)

.....
 (PODPIS PACJENTA)

(*) niepotrzebne skreślić

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana / podpisany oświadczam, że:

1. zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Częstochowie ul. Bony 1/3 o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej osoby starającej się o przyjęcie do ZOL, szczególnie o pobycie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodku pomocy społecznej, rezygnacji umieszczenia w ZOL-u, ewentualnie prośbie o umieszczeniu w Zakładzie w terminie późniejszym.
2. zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w związku z przebywaniem w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym zgodnie z art. 75 ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Z 2004 r nr 162, poz. 1118 z późn. Zmianami) o brzmieniu: *„Osobie uprawnionej do emerytury lub renty, przebywającej w zakładzie opiekuńczo–leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńcym **dodatek pielęgnacyjny** nie przysługuje.*

Zobowiązuje się do poinformowania o tym fakcie organ emerytalno – rentowy.

Częstochowa, dn.....

*własnoręczny podpis lub podpis opiekuna
ustawowego lub opiekuna faktycznego*