

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie:
tel. kontaktowy:

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15 w Częstochowie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY
42-200 Częstochowa, ul. Bony 1/3 tel: (34)37 02 620/-623/-626

DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO PRZYJĘCIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO

	<i>Dokumenty</i>	<i>Osoba wypełniająca</i>	<i>Podstawa prawna</i>
1	Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego <i>Wzór skierowania określa załącznik nr 3 do rozporządzenia</i> <i>(podmiot kierujący posiada umowę zNFZ)</i>	Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego	
2	Wywiad pielęgniarski oraz zaświadczenie lekarskie <i>Wzór wywiadu pielęgniarskiego i zaświadczenia lekarskiego określa załącznik nr 2 do rozporządzenia</i>	Odpowiednio:pielęgniarka środowiskowa (rodzinna) lub pielęgniarka oddziału szpitalnego; lekarz POZ lub lekarz oddziału szpitalnego	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych , z dnia 25 czerwca 2012 r. (Dz.U. 2012,Nr 0, poz.731)
3	Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL tj: - decyzja organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej <i>lub</i> - decyzja o przyznaniu zasiłku stałego <i>lub</i>		
	- zaświadczenie o dochodach (wynagrodzeniu) z zakładu pracy.		Zarządzenie Nr17 z dn. 31. 07. 2012r. Dyrektora MSzZ
4	Oświadczenie o utracie prawa do zasiłku pielęgnacyjnego ;	Osoba zainteresowana /opiekun ustawowy/opiekun faktyczny	Ustawa z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z funduszu Ubezpieczeń Społecznych. (Dz.U.2009, Nr 153, poz.1227 z późn. zm.)

w/w dokumenty należy złożyć w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Częstochowie, przy ul. Bony 1/3, budynek B – III piętro

DOKUMENTY PRZEDSTAWIONE PACJENTOWI W DNIU PRZYJĘCIA DO ZOL

1	Oświadczenie dotyczące opłaty za pobyt w ZOL		Zarządzenie Nr 17z dn 31. 07.2012r. Dyrektora MSzZ (zał.2)
2	Oświadczenie o udzielaniu informacji o stanie zdrowia i udostępnieniu dokumentacji medycznej	Osoba zainteresowana	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2010r,Nr252,poz.1697)

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO /
ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis 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”.

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

SP ZOZ MSZ w Częstochowie, ul. Bony 1/3

Niniejszym kieruję:

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....

Adres zameldowania 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 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.

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana / podpisany

oświadczam, że:

1. Zostałam / zostałem poinformowana / poinformowany o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w przypadku przebywania w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy, zgodnie z art.75 ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153 poz.1227 z późn. zm.) o brzmieniu:

„ Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńcym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje, chyba, że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu.”

Zobowiązuję się do poinformowania organ emerytalno-rentowy o przyjęciu do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy

2. Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy 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, ośrodka pomocy społecznej, rezygnacji umieszczenia w ZOL-u, ewentualnie prośbie o umieszczeniu w Zakładzie w terminie późniejszym.

Jednocześnie oświadczam, że nie posiadam innych dochodów poza emeryturą / rentą / zasiłkiem stałym / rentą socjalną.

Częstochowa, dn.

własnoręczny podpis lub podpis opiekuna
ustawowego lub opiekuna faktycznego



SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony
z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15 w Częstochowie
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
42-225 Częstochowa, ul. Bony 1/3

INFORMACJA DLA PACJENTA I RODZINY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPEKUŃCZO – LECZNICZEGO

1. W dniu przyjęcia pacjenta do Zakładu obowiązkowe jest:
 - obecność członka rodziny lub opiekuna pacjenta z dowodami tożsamości .
 - dostarczenie dotychczasowej dokumentacji medycznej (ksero kart wpisowych ze szpitala, wyników badań diagnostycznych, informacji o leczeniu farmakologicznym).
2. Pacjent powinien posiadać:
 - zestaw toaletowy (przybory do higieny jamy ustnej, 2 gąbki, mydło w płynie, 2 ręczniki, przybory do golenia, chusteczki jednorazowe, chusteczki wilgotne, szampon do włosów, dezodorant, oliwkę do ciała), piżamę, koszulę nocną, skarpety, dresy lub ubiór sportowy, stabilne obuwie.
3. Rodzina zobowiązana jest do wymiany bielizny prywatnej pacjenta.
4. **Zakład nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe pacjenta, które nie zostały zostawione w depozycie.**
5. Zakład nie wyraża zgody na dodatkowe zabiegi, konsultacje oraz rehabilitację, która nie została zalecona przez lekarza prowadzącego.
6. Za ewentualne zniszczenia przedmiotów, rzeczy będących własnością SP ZOZ przez pacjenta, odpowiedzialność finansową ponosi sam pacjent/rodzina.
7. Odwiedziny pacjenta odbywają się codziennie w godz. 11⁰⁰ – 20⁰⁰.
8. Wyjście pacjenta na przepustkę odbywa się tylko za zgodą lekarza prowadzącego.
9. W przypadku wypisu pacjenta z Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego do domu lub innych placówek, należy złożyć ponownie dokumenty pacjenta do powtórnego przyjęcia do Zakładu.
10. Na terenie Zakładu obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu pod groźbą natychmiastowego wypisu.
11. Prawa i karta pacjenta oraz księga skarg i wniosków znajduje się w Biurze Zakładu.

.....
Podpis własnoręczny pacjenta lub rodziny

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

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynności ¹⁾	Wynik
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.	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 i 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 = spacer 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 i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzków, zamka. Snurowadeł. itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 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	
5)Wynik kwalifikacji		

.....
(data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarka zakładu opiekuńczego)

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga 1) skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym 1)

.....
(data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego)

- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) Mahoney FL, Barthel O. "Badanie funkcjonalne Wskaźnik Bartne!" 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