

ZAŁĄCZNIK NR 1

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM

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 = spacerzy 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. Sznurówek. 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	
Wynik kwalifikacji		

.....
pielęgniarka zakładu opiekuńczego) **Wynik oceny stanu zdrowia:**

(data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo

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 FI, 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

Załącznik nr 2

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

	Dokumenty	Osoba wypełniająca	Podstawa prawna
1	Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego <i>Wzór skierowania określa załącznik nr 3 do rozporządzenia (podmiot kierujący posiada umowę zNFZ)</i>	Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych , z dnia 25 czerwca 2012 r.
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	
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		

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

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO***

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/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
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 (firma) 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. 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”.

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

ZAŁĄCZNIK NR 3

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.

.....
Data i podpis

WYKAZ NIEZBEDNYCH RZECZY PRZY PRZYJĘCIU DO ZOL :

1. Zestaw toaletowy :

- przybory do higieny jamy ustnej ,
- 2 gąbki ,
- grzebień lub szczotka do włosów ,
- mydło w płynie ,
- 2 ręczniki ,
- przybory do golenia- dla mężczyzn ,
- chusteczki jednorazowe ,
- chusteczki wilgotne ,
- szampon do włosów ,
- dezodorant ,
- oliwka do ciała .

W/w środki należy uzupełniać na bieżąco, przynajmniej 1 raz w miesiącu.

2. Odzież:

- piżama ,
- bielizna osobista,
- ciepła bluza/sweter,
- koszula nocna ,
- skarpety ,
- dresy lub ubiór sportowy ,
- stabilne obuwie .

Odzież i obuwie powinny być trwale podpisane imieniem i nazwiskiem pacjenta. Prywatne rzeczy pacjenta wymagające prania , będą oddawane do prania w pralni szpitalnej. Jednocześnie Szpital nie odpowiada za rzeczy osobiste pacjentów.