

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

Jarosław, dnia.....

Nazwisko.....

Imię.....

Pesel.....

Adres.....

.....

NIP.....

WNIOSEK

O przyjęcie do Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego przy Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „ KOLGmed”

37- 500 Jarosław ul. Sanowa 11.

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego przy Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „ KOLGmed” 37-500 Jarosław ul. Sanowa 11.

Prośbę motywuję złym stanem zdrowia wymagającym ciągłej opieki.

Choruję na:

.....
.....

Jednocześnie oświadczam , że wyrażam zgodę na opłacenie pobytu w ZPO z mojego dochodu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

W załączniku wymagane dokumenty.

.....
*Własnoręczny podpis osoby ubiegającej
się o umieszczenie w ZPO lub jej przedstawiciela ustawowego*

.....
*Podpis osoby stwierdzającej własnoręczność podpisu
osoby ubiegającej się*

Dane kontaktowe osoby opiekującej się pacjentem:

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Telefon

.....
Pieczęć jednostki kierującej
Adres, telefon, kod, nazwa komórki organizacyjnej
Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

**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-IO (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 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.

Jarosław, dnia.....

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo
Lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
Lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską.

W związku ze skierowaniem do Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego przy Niepublicznym Zakładzie Opieki zdrowotnej „KOLGmed” ul. Sanowa 11, 37-500 Jarosław

Pacjenta.....

Zamieszkałego:.....

Z rozpoznaniem zespołu psycho- organicznego, proszę o dokładniejsze sprecyzowanie tego rozpoznania.

W szczególności proszę o odpowiedź na następujące pytania:

1.Czy pacjent przejawia objawy agresji w stosunku do otoczenia i w jakim nasileniu ?

.....
.....

2.Czy występują objawy depresji (myśli samobójcze)?

.....
.....

3.Czy dominuje zespół otępienny?

.....
.....

4.Czy pacjent wymaga sztucznego karmienia ?

.....
.....

5.Czy był leczony w szpitalu psychiatrycznym i czy zażywa leki psychotropowe?

.....
.....

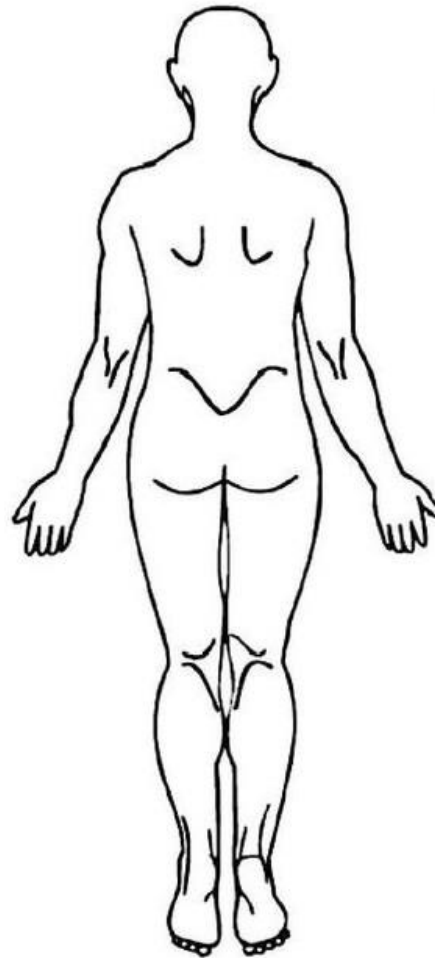
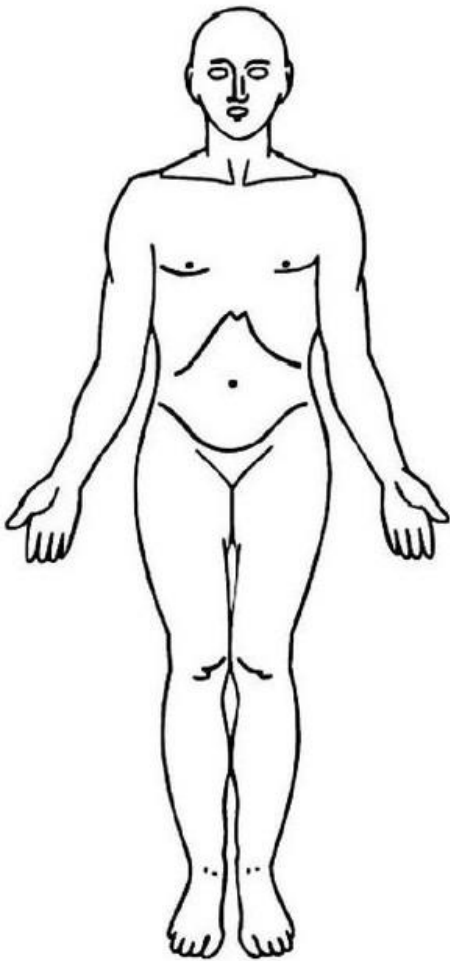
Powyższe dane są konieczne dla zakwalifikowania chorego do leczenia w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym przy Niepublicznym Zakładzie Opieki zdrowotnej „KOLGmed” ul. Sanowa 11, 37-500 Jarosław i zapewnienia spokoju oraz bezpieczeństwa chorym przebywającym w zakładzie.

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza

.....
Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

Szanowny Pan/ Pani Doktor, prosimy o wypełnienie, jeżeli u kierowanego do Nas pacjenta występują odleżyny

Szpital/ ZOZ..... Oddział.....
Nazwisko.....Imię



Dane dodatkowe:

Stopień (I-V).....

Infekcja.....

Odór.....

Ból.....

Krwawienie.....

.....
Data, podpis, pieczęć lekarza

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU PIEKUŃCZO-
LECZNICZEGO / 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.	Czynność	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.	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 zakładania 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-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
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 kwalifikacji		

.....
data, podpis i pieczęć pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

2. Wynik oceny stanu zdrowia:

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

.....
data, podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
lub lekarza zakładu opiekuńczego

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 wart. 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 wart. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późno zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

***W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo
Lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
Lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
Rok urodzenia.....

Adres.....

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

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

2.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).....
.....
.....

9.Schorzenia współistniejące:

a)choroba zakaźna **tak- nie** jeśli tak to jaka ?.....

b) gruźlica **tak- nie** jeśli tak to czy w stadium zakaźnym **tak -nie**

c) narkomania **tak-nie**

d) choroba psychiczna **tak- nie** , 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* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych
dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
Data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej
Przedstawiciela ustawowego

*niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć i podpis lekarza

INFORMACJA

Zakład Pielęgnacyjno Opiekuńczy przy Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „KOLGmed” udziela świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych przeznaczonych dla osób przewlekle chorych, niewymagających leczenia szpitalnego, a wymagających całodobowej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji.

Do Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego NIE MOGĄ być przyjmowane osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej lub u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest : trudna sytuacja socjalna, zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

Osoba przebywające w Zakładzie ponosi koszty wyżywiania i zakwaterowania. Miesięczna opłata nie może być większa niż 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Wymagane dokumenty:

- 1.Skierowanie do ZPO „KOLGmed”
- 2.Wniosek o przyjęcie do ZPO (tylko na formularzach zakładu)
- 3.Zaświadczenie lekarskie (lekarz POZ lub lekarz prowadzący w szpitalu)
- 4.Wywiad pielęgniarki (pielęgniarka środowiskowa, pielęgniarka szpitala)
- 5.Aktualne wyniki badań: moczu, morfologia, elektrolity, RTG klatki piersiowej,
- 6.Kserokopie kart informacyjnych z ostatnich hospitalizacji
7. Kserokopie aktualnej decyzji o przyznaniu świadczenia ZUS/KRUS- legitymacja emeryta/rencisty oraz ostatni odcinek renty/ emerytury.

Wnioski rozpatrywane są przez Komisję Kwalifikacyjną przy Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „KOLGmed” , 37-500 Jarosław, ul Sanowa 11.

Nr. Telefonu (16) 622- 33- 55 lub 509-569-439