



Stacja Opieki Caritas Diecezji Legnickiej
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy
o Profilu Rehabilitacyjnym Caritas Diecezji Legnickiej
ul. Żeromskiego 2; 58-500 JELENIA GÓRA

Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 czerwca 2012 roku

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Dane świadczeniobiorcy:

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

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

.....
miejsowość, dnia

.....
podpis świadczeniobiorcy

Klauzula informacyjna:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stacja Opieki Caritas Diecezji Legnickiej Sp. z o.o., ul. Grabskiego 19, 59-220 Legnica.
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c) i Art. 9 ust.2 lit. h) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.
- 3) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz ubezpieczyciele, laboratoria analityczne, osoby upoważnione przez Panią/Pana w ramach realizacji praw pacjenta.
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat od dnia dokonania w dokumentacji ostatniego wpisu.
- 5) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
- 6) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
- 7) Podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa.

.....
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
PESEL pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

.....
imię i nazwisko opiekuna

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL składającego oświadczenie

.....
telefon

PROŚBA

Proszę o umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Jeleniej Górze ul. Żeromskiego 2.

Zobowiązuję się do pokrywania kosztów mojego utrzymania w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Wyrażam zgodę na to, aby ZUS, KRUS, ZER MSWiA, WBE bądź MOPS/ROPS bezpośrednio z mojej renty, emerytury lub zasiłku stałego* potrącał koszty mojego utrzymania w Zakładzie i przekazywał je bezpośrednio na konto bankowe Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego (*BNP Paribas S.A. 02 1600 1156 1847 8888 3000 0001*).

.....
podpis osoby kierowanej do zakładu lub opiekuna

Załączniki:

1. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL.
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie.
3. Skierowanie do ZOL.
4. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel.
5. Oświadczenie woli.
6. Aktualna decyzja o świadczeniu emerytalno – rentowym, rencie socjalnej, zasiłku stałym (ksero).
7. Podstawowe badania lekarskie (mocz, morfologia, elektrolity, kreatynina, poziom cukru, ostatni wypis szpitalny).
8. Kserokopia dowodu osobistego.
9. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez ZUS lub Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

* właściwe podkreślić

Prośbę wypełnia pacjent lub jego opiekun.

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
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 nie wymienione

b) higiena ciała

– **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia***

w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa
oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheotomijnej

.....
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 ** / ***

.....
miejsowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarce

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga* skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

.....
miejsowość, data

.....
podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. 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 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009r. 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

Niniejszym kieruję

.....
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
numer telefonu

.....
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 konsultacji 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~~*.

.....
miejsowość, 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.

OŚWIADCZENIE WOLI

(złożone stosownie do art. 70 Kodeksu Cywilnego o przyjęciu zobowiązań wobec
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO Caritas Diecezji Legnickiej w Legnicy)

SKŁADAJĄCY OŚWIADCZENIE WOLI

.....
imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL oraz seria i numer Dowodu Osobistego

W związku ze skierowaniem Pani/Pana
do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Caritas Diecezji Legnickiej przy ul. Żeromskiego 2
w Jeleniej Górze, działając jako osoba sprawująca opiekę, za zgodą osoby skierowanej składam
oświadczenie woli o przyjęciu przez siebie wobec Zakładu następujących zobowiązań
wynikających z obowiązujących przepisów prawnych:

- 1) do uiszczenia należnych opłat za pobyt Pani/Pana
za okres od dnia przyjęcia do dnia przekazania pierwszej opłaty za pobyt przez właściwy
organ wypłacający świadczenie emerytalno-rentowe lub zasiłek stały, który na podstawie
zgody osoby skierowanej będzie dokonywał potrącenia opłaty ze świadczenia emerytal-
no-rentowego lub zasiłku stałego, zgodnie z odrębnymi przepisami – najpóźniej w dniu
przyjęcia*.
- 2) do uiszczenia należnej opłaty za pobyt Pani/Pana
w zakładzie w przypadku zgonu w miesiącu kalendarzowym, za który organ wypłacający
świadczenie emerytalno-rentowe lub zasiłek stały zgodnie z odrębnymi przepisami nie
przekazał Zakładowi opłaty potrąconej ze świadczenia emerytalno-rentowego lub zasiłku
stałego (dot. sytuacji wygaśnięcia prawa do świadczenia z dniem zgonu)*.

Zobowiązuję się osobiście do spełnienia świadczeń wynikających z w/w przyjętych
zobowiązań.

.....
zobowiązany

.....
za Zakład

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

PESEL, a w przypadku jego braku, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

L.p.	Czynność ³	Wynik ⁴
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, kąpiel całego ciała 0 – zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 – nie porusza się lub < 50m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 – spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 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 i rozbieranie się 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 – sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 – panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ⁵		

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

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹

.....
.....
.....

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

¹ Niepotrzebne skreślić

² Mahoney FI, Barthel D., „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane z 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

Jelenia Góra, dnia roku

.....
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
PESEL pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL składającego oświadczenie

OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIOBIORCY O UPOWAŻNIENIU

Upoważniam poniższe osoby, do otrzymywania wszelkich informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

1. Imię i nazwisko:,
PESEL:,
adres:,
telefon:
2. Imię i nazwisko:,
PESEL:,
adres:,
telefon:
3. Imię i nazwisko:,
PESEL:,
adres:,
telefon:

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

Jelenia Góra, dnia roku

.....
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
PESEL pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL składającego oświadczenie

OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIOBIORCY O UPOWAŻNIENIU

Upoważniam poniższe osoby, do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

1. Imię i nazwisko:,
PESEL:,
adres:,
telefon:

2. Imię i nazwisko:,
PESEL:,
adres:,
telefon:

3. Imię i nazwisko:,
PESEL:,
adres:,
telefon:

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie