



**Stacja Opieki Caritas Diecezji Legnickiej**  
**Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**  
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Caritas Diecezji Legnickiej  
ul. Poselska 14-16; 59-220 LEGNICA

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-Lecznicy w Legnicy ul. Poselska 14-16.

Zobowiązuję się do pokrywania kosztów mojego utrzymania w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy 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-Lecznicy (*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 pielęgniarzki 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 pielęgniarki*

**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. Poselskiej 14-16  
w Legnicy, 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 OPIEKUŃCZYM<sup>1</sup>

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2</sup>

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 <sup>3</sup>	Wynik <sup>4</sup>
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 <sup>5</sup>		

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

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

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

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

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych

<sup>3</sup> W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

<sup>4</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>5</sup> Należy wpisać uzyskana sumę punktów

Legnica, 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*



Legnica, 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*