

Prosi się o dołączenie wraz z wnioskiem do
ZPO niżej wymienionych dokumentów :

1. Decyzja o przyznaniu emerytury/renty lub ostatniej decyzji o waloryzacji emerytury /renty lub ksero potwierdzone przez ZUS
2. Ostatni odcinek emerytury /renty/ lub ksero potwierdzone przez ZUS.
- WYCIĄG Z BANKU (jeżeli posiada konto w banku)
3. Skierowanie do ZPO wystawione przez lekarza pierwszego kontaktu bądź lekarza w oddziale szpitalnym, z zapisem iż:
„pacjent nie wymaga hospitalizacji i całodobowej opieki lekarskiej .”
-Płeć: K. M.
-Czas określony:
- rozpoznanie z kodem ICD -10

.....
Imię i Nazwisko

Jastrzębie Zdrój

.....
data urodzenia

.....
nr dowodu osobistego

Dane kontaktowe rodziny

.....
Imię i Nazwisko

.....
adres zamieszkania , numer telefonu

Jastrzębie Zdrój.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany....., zamieszkały.....
oświadczam, że wyrażam zgodę na uiszczanie odpłatności za pobyt pana/pani
.....w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym przy
ulicy Krasickiego 21, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Jastrzębiu
Zdroju.

Stopień pokrewieństwa.....

podpis.....

Jastrzębie Zdrój.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach
przyjęcie do Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego oraz o zasadach odpłatności za
pobyt w ZPO i zobowiązuję się do regularnego pokrywania kosztów pobytu.
Zostałem(am) również poinformowany(a) o tym, że jeżeli pobieram dodatek
pielęgnacyjny z ZUS-u w chwili przyjęcia do zakładu dodatek nie przysługuje.
Nienależnie pobrany dodatek zwraca się do ZUS-u.

.....

PODPIS

Jastrzębie Zdrój.....

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

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 **/**

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 2009r ,poz. 419 , z póź. Zm.) ,zastępuje ocenę skalą Barthel. *** w przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać : nie ma zastosowania”.

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO / ZAKŁADU
OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO.**

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i Nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
nr telefonu do kontaktu

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

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/ nie)*

Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel którą uzyskał świadczeniobiorca**

Przypadek nagły , wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak /nie) *

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr tel do kontaktu)***

.....
pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr tel 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 nie wymaga

*** fakultatywnie , na wniosek świadczeniobiorcy

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM ¹**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel. ²

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

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

L.p.	Czynność ³	Wynik ⁴
1.	Spożywanie posiłków 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje 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 (jednej lub dwie osoby) 10- mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny	
3	Utrzymanie higieny osobistej 0-potrzuje 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 >50 m 10-spacery 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 wchodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5- potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 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(zdarzenie 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 kwalifikacji⁵		

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki 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 FI, Barthel D „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”, Maryland State Med Journal 1965; 14;56-61 Wykorzystane za zgodą. Skala ta może używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

3 W Ip. 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