

**WNIOSEK
O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO**

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo -Leczniczego

.....

Data urodzeniaPłeć K / M^{*)} Pesel

Adres

Do wniosku dołączamy:

1. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające konieczność całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji bez potrzeby hospitalizacji.
2. Wywiad pielęgniarzki przeprowadzony przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarkę podmiotu leczniczego, w którym świadczeniobiorca ubiegający się o skierowanie przebywa.
3. Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego wg skali Barthel.
4. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie, w szczególności:
 - a) decyzję organu emerytalno – rentowego ustalającego wysokość emerytury albo renty; do decyzji załącza się zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie
 - b) decyzję o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej; do decyzji można dołączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu albo przedstawiciela ustawowego do odbioru tych należności przez zakład.
5. Dokument potwierdzający aktualne ubezpieczenie.
6. Deklaracja wyboru placówki opiekuńczej.
7. Kserokopie dokumentów z przebytego wcześniej leczenia.
8. Ksero dowodu osobistego.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
*data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub
jej przedstawiciela ustawowego*

.....
*data, pieczęć, podpis lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego*

^{*)} niepotrzebne skreślić

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....Płeć : K/M^{*)}

PESEL

Adres

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

.....

II. Badanie przedmiotowe: waga wzrost ciepłota

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny^{*)}, ciśnienie tętnicze krwi...../.....tętno...../min

4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo – pęciowy.....

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 zgodę / nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych
 dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
 data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub
 jej przedstawiciela ustawowego

.....
 data, pieczęć, podpis lekarza

^{*)} niepotrzebne skreślić

pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

CZĘŚĆ 1. STRUKTURA RODZINY

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie domowym					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia
Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia

CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej					
Oddzielne mieszkanie	0	Oddzielny pokój	2	Pokój wspólny z innymi osobami	3
Usytuowanie mieszkania parter	0	Powyżej parteru z windą	2	Powyżej parteru bez windy	3
Ogrzewanie CO	0	Ogrzewanie węglowe	2	Brak stałego ogrzewania	3
Pełny dostęp do łazienki	0	Ograniczony dostęp do łazienki	2	Brak łazienki	3
Pełny dostęp do WC	0	Ograniczony dostęp do WC	2	Dostęp do WC poza budynkiem	3
Pełny dostęp do kuchni	0	Ograniczony dostęp do kuchni	2	Brak dostępu do kuchni	3
Warunki higieniczne bardzo dobre mieszkanie/pokój*) czyste, suche, widne, przestronne*)	0	Warunki higieniczne zadowalające mieszkanie/pokój*) dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne	2	Warunki higieniczne złe mieszkanie/pokój*) zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni*)	3
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nie przystosowane	3
Suma pkt					

*) właściwe podkreślić

- a) sytuacja b. dobra: 0 - 4 pkt kategoria A
 b) sytuacja zadowalająca: 5 - 10 pkt kategoria B
 c) sytuacja zła: 11 - 25 pkt kategoria C

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY/ŚRODOWISKA

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria*)
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność osób obcych	C

*) właściwe podkreślić

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH

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

Zakres wymaganej opieki	Kategoria*)
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarzkiej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarzkiej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarzkiej	C

*) właściwe podkreślić

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4

--	--	--

.....
*data, pieczęć, podpis pielęgniarki
ubezpieczenia zdrowotnego przeprowadzającej wywiad*

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu albo jej „przedstawiciela ustawowego”
Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....
*data i podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego*

OŚWIADCZENIE

Ja

legitymujący(a) się dowodem osobistym

seria nr PESEL

wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym
ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby
ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....
*data i podpis osoby kierowanej
do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego*

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO**1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali skali Barthel.**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

PESEL (w przypadku braku numer dokumentu potwierdzający tożsamość)

Lp.	Czynność ¹⁾	Wynik ²⁾
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 fizycznie (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, zakładanie, ubieranie się, podcieranie	
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; wliczający zakręty >50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50	
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 kwalifikacji³⁾		

¹⁾ Należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan²⁾ Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości³⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnegoStwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga⁴⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego⁴⁾ Niepotrzebne skreślić