



**ZAKŁAD OPIEKUŃCZO LECZNICZY  
O PROFILU REHABILITACYJNYM  
Caritas Diecezji Legnickiej**

ul. Żeromskiego 2, 58-500 Jelenia Góra, tel. 75 64 34 592

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

## **Dane świadczeniobiorcy:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

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

.....  
Miejscowość, dnia

.....  
Podpis świadczeniobiorcy

Jelenia Góra, dnia .....

Imię .....

Nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

tel. ....

Adres do korespondencji .....

.....

Imię i nazwisko opiekuna .....

.....

Numer telefonu .....

.....

.....

.....

### **PROŚBA**

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

Zobowiązuję się do pokrywania kosztów mojego utrzymania w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym 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 Pielęgnacyjno – Opiekuńczego.

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

Załączniki:

1. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL/ZPO.
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie.
3. Skierowanie do ZOL/ZPO.
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 stopniu niepełnosprawności wydanego przez ZUS lub Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

\* właściwe podkreślić

**Prośbę wypełnia pacjent lub jego opiekun.**

.....  
Pieczęć podmiotu leczniczego

## WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### WYWIAD PIELEŃNIARSKI

#### 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 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 \*\* ' \*\*\***

.....

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 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/  
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO\***

**Niniejszym kieruję**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....  
Numer telefonu do kontaktu

.....  
Numer 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\*.**

.....  
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.

Jelenia Góra, dnia .....

## Oświadczenie Woli

/złożone stosownie do art. 70 Kodeksu Cywilnego o przyjęciu zobowiązań wobec  
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO O PROFILU REHABILITACYJNYM  
w Jeleniej Górze/

### Składający Oświadczenie Woli

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

.....  
/miejsce zamieszkania/

.....  
/nr i seria dowodu osobistego, nr PESEL/

W związku ze skierowaniem Pani/Pana .....  
do ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO O PROFILU REHABILITACYJNYM  
w Jeleniej Górze przy ul. Żeromskiego 2, 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 emerytalno-  
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**

\* niepotrzebne skreślić

**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 .....

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

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

Lp	Czynność <sup>3</sup>	Wynik <sup>4</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 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.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0 - nie porusza się lub < 50m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 - panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>5</sup></b>		

.....  
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 lekarza ubezpieczenia zdrowotnego  
albo lekarza 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