



Ośrodek Edukacyjno-Opiekuńczy
SAMARYTANIN
Caritas Diecezji Legnickiej

ul. Poselska 14-16, 59-220 Legnica, tel. 76 72 44 333

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

Legnica, dnia

Imię

Nazwisko

PESEL

Adres

tel.

Adres do korespondencji

.....

Imię i nazwisko opiekuna

.....

Numer telefonu

.....

.....

.....

PROŚBA

Proszę o umieszczenie mnie w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Legnicy ul. Poselska 14-16.

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 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 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.

Legnica, dnia

Oświadczenie Woli

/złożone stosownie do art. 70 Kodeksu Cywilnego o przyjęciu zobowiązań wobec
ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO „SAMARYTANIN”
w Legnicy/

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 PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO „SAMARYTANIN” 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 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 OPIEKUŃCZYM¹**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²

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 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 - spaceruje 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 kwalifikacji⁵		

.....
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 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 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 uzyskana sumę punktów