



WNIOSK

.....
miejsowość i data

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL.....

Objęcie ubezpieczeniem przez*):

1. Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
2. Inny oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
3. Nieubezpieczony

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o:

1. przyjęcie mnie do zakładu opiekuńczo-leczniczego/pielęgniacyjno-opiekuńczego*)

.....
Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2. objęcie opieką przez wybrany przeze mnie zespół długoterminowej opieki domowej*)

.....

.....
podpis

* *niepotrzebne skreślić*



SKIEROWANIE

.....
pieczęćka POZ/SP ZOZ

.....
miejsowość i data

Kieruję Panią/Pana

PESEL do ZPO/ZOL w Kaśmin s.c. Dom Seniora
w Drożdżówce.

Rozpoznanie:

.....
.....

.....
pieczęćka i podpis lekarza

**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



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

KAŚMIN s.c.

05-332 Siennica
Drożdżówka 5a
NIP: 822-15-17-295
Tel. 25-799-21-23
664-419-406

OŚWIADCZENIE

Ja
(imię i nazwisko)

będąc pacjentem „KAŚMIN” s.c. Dom Seniora K. Minkowski, K. Święs
Drożdżówka 5a 05-332 Siennica

UPOWAŻNIAM

Panią / Pana

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr i rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość)

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi
świadczeniach zdrowotnych

.....
data

.....
podpis pacjenta



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

KAŚMIN s.c.

05-332 Siennica
Drożdżówka 5a
NIP: 822-15-17-295
Tel. 25-799-21-23
664-419-406

OŚWIADCZENIE

Ja
(imię i nazwisko)

będąc pacjentem „KAŚMIN” s.c. Dom Seniora K. Minkowski, K. Święs
Drożdżówka 5a 05-332 Siennica

NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi
świadczeniach zdrowotnych

.....
data

.....
podpis pacjenta



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

KASMIN s.c.

05-332 Siennica
Drożdżówka 5a
NIP: 822-15-17-295
Tel. 25-799-21-23
664-419-406

OŚWIADCZENIE

Ja
(imię i nazwisko)

będąc pacjentem „KASMIN” s.c. Dom Seniora K. Minkowski, K. Święs
Drożdżówka 5a 05-332 Siennica

UPOWAŻNIAM

Panią / Pana

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr i rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość)

do uzyskiwania dokumentacji

.....
data

.....
podpis pacjenta



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

KAŚMIN s.c.

05-332 Siennica
Drożdżówka 5a
NIP: 822-15-17-295
Tel. 25-799-21-23
664-419-406

OŚWIADCZENIE

Ja
(imię i nazwisko)

będąc pacjentem „KAŚMIN” s.c. Dom Seniora K. Minkowski, K. Święs
Drożdżówka 5a 05-332 Siennica

NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

do uzyskiwania dokumentacji

.....
data

.....
podpis pacjenta



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

KAŚMIN s.c.

05-332 Siennica
Drożdżówka 5a
NIP: 822-15-17-295
Tel. 25-799-21-23
664-419-406

OŚWIADCZENIE

Ja
(imię i nazwisko)

będąc pacjentem „KAŚMIN” s.c. Dom Seniora K. Minkowski, K. Święs
Drożdżówka 5a 05-332 Siennica

WYRAŻAM ZGODĘ

na przeprowadzanie badania lub przeprowadzanie innego świadczenia
zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy
z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
data

.....
podpis pacjenta



WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

(pieczęć publicznego zoz lub pielęgniarki wykonującej zadania publicznego zoz na podstawie przyjętego zamówienia)

CZĘŚĆ 1. STUKTURA RODZINY

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie					
Lp.	imię i nazwisko	wiek	stopień pokrewieństwa	aktywność zawodowa	stan zdrowia

Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
Lp.	imię i nazwisko	wiek	stopień pokrewieństwa	miejsce zamieszkania	stan zdrowia

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

Kryteria oceny 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*	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*	4
pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	częściowe przystosowania mieszkania	2	mieszkanie nieprzystosowane	3
Suma pkt					

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 od osób obcych	C

* Właściwe podkreślić

* Właściwe podkreślić

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



WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIEŁĘGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

* Właściwie podkreślić

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2 - 4

--	--	--

.....
(podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad)

.....
(data)

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*

Wyrażam / 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)

* Niepotrzebne skreślić



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
(pieczęć zoz albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę
lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską)

.....
(nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego)

.....
(rok urodzenia)

.....
(adres)

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

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

Badanie przedmiotowe: waga wzrost ciepłota

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe:
2. Układ oddechowy:
3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny*), ciśnienie krwi: tętno/min:
4. Układ trawienia:
5. Układ moczowo-płciowy:
6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi:
7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:
8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

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?

II. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji*).

III. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*). Wyrażam / 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)

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

* właściwe podkreślić



O B O W I Ą Z K W E D A N E O S O B O W E

IMIĘ I NAZWISKO:.....

PESELNR DOWODU.....

ADRES ZAMELDOWANIA.....

.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA.....

IMIONA RODZICÓW.....

STAN CYWILNY.....KASA CHORYCH

NR UBEZPIECZENIA ZUS/KRUS

ODDZIAŁ ZUS/KRUS.....

ADRES PRZYCHODNI POZ.....

KONTAKT DO RODZINY (imię i nazwisko, telefon)

.....



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

KAŚMIN s.c.

05-332 Siennica
Drożdżówka 5a
NIP: 822-15-17-295
Tel. 25-799-21-23
664-419-406

OŚWIADCZENIE

Ja
(imię i nazwisko)

będąc pacjentem „KAŚMIN” s.c. Dom Seniora K. Minkowski, K. Święs
Drożdżówka 5a 05-332 Siennica

UPOWAŻNIAM

Panią / Pana

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr i rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość)

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi
świadczeniach zdrowotnych

.....
data

.....
podpis pacjenta



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

KAŚMIN s.c.

05-332 Siennica
Drożdżówka 5a
NIP: 822-15-17-295
Tel. 25-799-21-23
664-419-406

OŚWIADCZENIE

Ja
(imię i nazwisko)

będąc pacjentem „KAŚMIN” s.c. Dom Seniora K. Minkowski, K. Święs
Drożdżówka 5a 05-332 Siennica

NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi
świadczeniach zdrowotnych

.....
data

.....
podpis pacjenta



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

KASMIN s.c.

05-332 Siennica
Drożdżówka 5a
NIP: 822-15-17-295
Tel. 25-799-21-23
664-419-406

OŚWIADCZENIE

Ja
(imię i nazwisko)

będąc pacjentem „KASMIN” s.c. Dom Seniora K. Minkowski, K. Święs
Drożdżówka 5a 05-332 Siennica

UPOWAŻNIAM

Panią / Pana

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr i rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość)

do uzyskiwania dokumentacji

.....
data

.....
podpis pacjenta



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

KAŚMIN s.c.

05-332 Siennica
Drożdżówka 5a
NIP: 822-15-17-295
Tel. 25-799-21-23
664-419-406

OŚWIADCZENIE

Ja
(imię i nazwisko)

będąc pacjentem „KAŚMIN” s.c. Dom Seniora K. Minkowski, K. Święs
Drożdżówka 5a 05-332 Siennica

NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

do uzyskiwania dokumentacji

.....
data

.....
podpis pacjenta



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

KAŚMIN s.c.

05-332 Siennica
Drożdżówka 5a
NIP: 822-15-17-295
Tel. 25-799-21-23
664-419-406

OŚWIADCZENIE

Ja
(imię i nazwisko)

będąc pacjentem „KAŚMIN” s.c. Dom Seniora K. Minkowski, K. Święs
Drożdżówka 5a 05-332 Siennica

WYRAŻAM ZGODĘ

na przeprowadzanie badania lub przeprowadzanie innego świadczenia
zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy
z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
data

.....
podpis pacjenta