

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia ~~25 kwietnia~~ 2012 r. (poz.)

Załącznik nr 1

WZÓR

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

WZÓR

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

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
Nr 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 kontynuacji 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.

**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

WZÓR

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/**.....**

.....
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 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 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

***W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.



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. Oświadczam / nie wyrażam*) zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu. 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 A Ż 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

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

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