

dnia.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

PESEL .....

Objęcie ubezpieczeniem przez\*:

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

### WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do **Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego**  
w .....

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

.....

Podpis

Do wniosku załączam następujące badania i zaświadczenia:

- Morfologia, OB, glukoza, mocznik - badanie ogólne
- Antygen Hbs, Hcv, WR
- Kał na nosicielstwo
- EKG
- Rtg klatki piersiowej
- Karta Informacyjna z leczenia szpitalnego
- Decyzja o przyznaniu renty lub emerytury
- Odcinek renty lub emerytury

\* niepotrzebne skreślić

**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)

.....  
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.

## 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”.

**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 stwierdzającego tożsamość:

.....

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

<b>Lp.</b>	<b>Czynność<sup>3)</sup></b>	<b>Wynik<sup>4)</sup></b>
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>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z	
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> <b>0</b> - nie porusza się lub < 50 m <b>5</b> - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m <b>10</b> - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m <b>15</b> - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> <b>0</b> - nie jest w stanie <b>5</b> - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie <b>10</b> - samodzielny	
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> <b>0</b> - zależny <b>5</b> - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy <b>10</b> - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> <b>0</b> - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw <b>5</b> - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> - panuje, utrzymuje stolec	
10	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> <b>0</b> - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny <b>5</b> - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> - panuje, utrzymuje mocz	
		<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>

**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>6)</sup>

.....  
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia  
zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu  
opiekuńczego<sup>6)</sup>

<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 uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

<sup>6)</sup> Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

dnia .....

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
telefon kontaktowy

### ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez ZAKŁAD OPIEKUŃCZO LECZNICZY  
W

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

.....  
Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do  
kontaktu z oddziałem opieki długoterminowej:

.....  
.....  
Jednocześnie zobowiązuję się do opuszczenia Zakładu Opiekuńczo Leczniczego po  
upływie przeznaczonego terminu pobytu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach  
informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....  
podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

## DANE OSOBOWE I KONTAKOWE

Proszę o podanie dokładnych danych pacjenta oraz danych kontaktowych rodziny pacjenta lub opiekuna prawnego. Dane są niezbędne do celów statystycznych i rozliczeniowych z NFZ oraz nawiązania kontaktu z rodziną w kwestiach dotyczących pacjenta.

.....  
Pacjent - imię i nazwisko:

.....  
Stan cywilny pacjenta

.....  
Adres

.....  
Miejsce i data urodzenia pacjenta

.....  
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej \*

.....  
Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej \*

.....  
Imię i nazwisko osoby do kontaktu

.....  
Adres i telefon osoby do kontaktu

\* do których świadczeniobiorca złożył deklaracje wyboru