

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, mocz - 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

Pieczętka placówki

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 OPIEKUŃCZYM¹⁾**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność³⁾	Wynik⁴⁾
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	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z	
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	

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 * / Adres POZ

.....
Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej * / Adres POZ

.....
Imię i nazwisko osoby do kontaktu

.....
Adres i telefon osoby do kontaktu

* do których świadczeniobiorca złożył deklaracje wyboru