

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA  
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO W WANDZINIE**

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

Nazwisko i imię .....

adres zamieszkania:.....

Pesel:             .....

*Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość*

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis świadczeniobiorcy*

.....  
(pieczęć ZOZ)

## WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### WYWIAD PIELEŃNIARSKI

#### 1. Dane świadczeniobiorcy:

Nazwisko i imię .....

adres zamieszkania: .....

Pesel:             .....

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 .....

kwalifikowany do żywienia dojelitowego dietą przemysłową:  tak  nie

##### 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 Stomil .....

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 pielęgniarzki)

### 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 skali Barthel.

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

.....  
(pieczęćka ZOZ)

**SKIEROWANIE  
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W WANDZINIE**

\*

**Niniejszym kieruję:**

Nazwisko i imię świadczeniobiorcy .....

adres zamieszkania świadczeniobiorcy : .....

Pesel:            .....

Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

Adres do korespondencji .....

(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Nr telefonu i dane osoby do kontaktu .....

**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)\*\*\*

**3. 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.

# OŚWIADCZENIE *(wypełnia pacjent)*

Ja .....  
legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria ..... Nr .....  
wydanym przez .....  
urodzony/a ..... w ..... Pesel:

imiona rodziców .....  
nazwisko panieńskie .....  
zam. ....  
telefon kontaktowy: ..... kom: .....

## **Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:**

Panią/a ..... pokrewieństwo .....  
zam. ....  
telefon kontaktowy: ..... kom: .....

## **wyrażam zgodę na:**

- 1) pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy w Wandzinie począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia.
- 2) potrącanie opłaty za pobyt (*koszty wyżywienia i zakwaterowania*) w w/w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia – (decyzja nr ..... z dnia .....)
- 3) odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp. – (decyzja nr ..... z dnia .....) przez w/w Zakład, tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania.
- 4) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.
- 5) Oświadczam, iż moim lekarzem rodzinnym jest Pan/i .....  
Przyjmujący/a w ..... fax .....  
Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest .....  
..... fax.....

*(Nazwa i adres i telefon Przychodni / Ośrodka Zdrowia)*

..... dnia .....  
*(miejsowość)*

.....  
*(podpis)*

# OŚWIADCZENIE *(wypełnia opiekun)*

Ja .....

legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria ..... Nr .....

wydanym przez .....

urodzony/a ..... w ..... Pesel:

imiona rodziców .....

nazwisko panieńskie .....

zam. ....

telefon kontaktowy: ..... kom: .....

Jako przedstawiciel ustawowy, /opiekun prawny, faktyczny, kurator/

**wyrażam zgodę na** umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym w Wandzinie  
począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia **pana/panią** .....

..... ur. .... W .....

Pesel:

imiona rodziców pacjenta/teki.....

imiona rodziców .....

Dowód Osobisty Seria.....Nr.....wydanym przez .....

zam. ....

## **wyrażam zgodę na:**

- 1) potrącanie opłaty za pobyt (*koszty wyżywienia i zakwaterowania wg obowiązujących stawek*) w w/w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia – (decyzja nr ..... z dnia .....)
- 2) odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp. – (decyzja nr ..... z dnia .....) przez w/w Zakład, tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania.
- 3) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.
- 4) Oświadczam, iż moim lekarzem rodzinnym jest Pan/i .....  
Przyjmujący/a w ..... fax .....
- Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest .....  
..... fax.....

(Nazwa i adres i telefon Przychodni / Ośrodka Zdrowia)

..... dnia .....

(miejscowość)

.....

(podpis)

.....  
(pieczęćka ZOZ)

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY  
KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO – LECZNICZEGO W WANDZINIE**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania .....

Nr Pesel:            .....

(w przypadku braku, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel 2) (warunkiem przyjęcia jest max. 40 pkt. - łącznie)**

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

.....  
(data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego)

**Wynik kwalifikacji:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga 1) skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym 1)

.....  
(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 uzyskaną sumę punktów.