

WZÓR

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

W związku z przyjęciem mnie do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Mielcu wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie z moich świadczeń emerytalnych, rentowych, zasiłku stałego, renty socjalnej* zgodnie z § 1 ust. 3 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166, poz. 1265).

Stosownie do treści art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: z 2002 roku, Dz. U. Nr 101, poz. 926), wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych również i w przyszłości, w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczenie w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

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

Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel^{*v***}.

.....
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”.

WZÓR

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.