

.....
(Miejscowość, data)

Osoba do kontaktu w sprawie przyjęcia pacjenta na ZOL

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres, kod, miejscowość, ulica)

.....

(telefon: stacjonarny, komórka)

.....

WNIOSEK

Proszę o przyjęcie.....

(Nazwisko i imię pacjenta)

Zamieszkały/a

(Adres, kod, miejscowość, ulica)

PESEL.....

(pacjenta)

Numer i seria dowodu osobistego

(pacjenta)

do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Lubuskim Szpitalu Specjalistycznym Pulmonologiczno -
Kardiologicznym w Torzymiu.

Wyrażam zgodę na pokrywanie kosztów wyżywienia i zakwaterowania w ZOL w cyklach
miesięcznych do 10 dnia każdego miesiąca.

Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym w Lubuskim Szpitalu
Specjalistycznym Pulmonologiczno - Kardiologicznym w Torzymiu oraz gromadzenie i
przechowywanie w ZOL moich danych osobowych.

Do wniosku załączam:

- 1) skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do Zakładu Opiekuńczo -
Leczniczego ;
- 2) wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie;
- 3) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu;

Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL

Podpis członka rodziny lub opiekuna prawnego

**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

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**

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

L.p.	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 - spacer 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