

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO  
/ ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

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

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy

\*Niepotrzebne skreślić

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-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, 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 uzasadnionych stanem zdrowia (TAK/NIE)\*

.....  
Lekarz POZ świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr tel. do kontaktu)\*\*\*

.....  
Pielęgniarka POZ świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr tel. do kontaktu)\*\*\*

**- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*.**

.....  
Miejscowość i 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

## **Z A Ś W I A D C Z E N I E                      L E K A R S K I E**

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego  
lub pielęgnacyjno – opiekuńczego: .....

Data urodzenia: .....

Adres: .....

**I. Wywiad** (główne dolegliwości i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

.....  
.....  
.....

**II. Badanie przedmiotowe:** waga .....kg, wzrost ..... cm, ciepłota.....°C

**1. Skóra i węzły chłonne obwodowe** .....

**2. Układ oddechowy** .....

**3. Układ krążenia:** wydolny - niewydolny \*, ciśnienie krwi .....tętno/min.....

**4. Układ trawienia**.....

**5. Układ moczowo - pęciowy** .....

**6. Układ ruchu** oraz ocena stopni samodzielności i samoobsługi.....

.....

**7. Układ nerwowy i narządy zmysłów** .....

.....

**8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza)** .....

.....

.....

**9. Schorzenia współistniejące \***

a) choroba *zakaźna* tak - nie, jeśli tak to jaka ?.....

b) gruźlica tak - nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym tak – nie .....

c) narkomania tak – nie .....

d) choroba psychiczna tak- nie, jeśli tak to jaka .....

.....

**III Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga:** całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i  
w chwili badania nie wymaga hospitalizacji \*

**IV Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej  
przedstawiciela ustawowego \***

Wyrażam / nie wyrażam / zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych  
dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....  
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu  
lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....  
pieczęć, podpis lekarza, data

## Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: ..... miesiąc: ..... rok: .....		

<b>Rozpoznanie (wg ICD – 10):</b>		
1.	<b>Przesiewowa ocena stanu odżywienia</b>	NRS lub SGA
		BMI
2.	<b>Szczegółowa ocena stanu odżywienia</b>	
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej <input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	<b>Możliwe skuteczne odżywianie doustne</b>	<input type="checkbox"/> nie    Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
	<b>Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego</b>	<input type="checkbox"/> nie    Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego</b>	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna <input type="checkbox"/> inne
4.	<b>Dostęp dojelitowy</b>	zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia ..... <input type="checkbox"/> jejunostomia .....
5.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego</b>	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17 ) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
6.	<b>Dostęp pozajelitowy</b>	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika .....
7.	<b>Cel leczenia żywieniowego:</b>	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
8.	<b>Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespołu ponownego odżywienia :</b>	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
9.	<b>Dni leczenia żywieniowego:</b>	żywienie dojelitowe dni ..... kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni ..... częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni ..... leczenie żywieniowe immunomodulujące dni .....

## 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, lub 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 tracheotomijnej .....
- 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 2011r. 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 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U.z 2009r. Nr 52, poz 419, z późn.zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

**Wniosek do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego BCO-SM w Bielsku-Białej**

**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 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<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; 15:56-61. 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.

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

## SKALA GLASGOW

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Glasgow.

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: .....

Adres zamieszkania .....

Pesel .....

2. Ocenie podlega:

• **otwieranie oczu**

- 4 punkty – spontanicznie
- 3 punkty – na polecenie
- 2 punkty – na bodźce bólowe
- 1 punkt – nie otwiera oczu

• **kontakt słowny**

- 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
- 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany
- 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
- 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
- 1 punkt – bez reakcji

• **reakcja ruchowa**

- 6 punktów – spełniania ruchowych poleceń słownych, migowych
- 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
- 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
- 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przerosł w stawach kończyn dolnych)
- 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przerosł w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
- 1 punkt – bez reakcji

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na:

- GCS 13 – 15 – łagodne
- GCS 9 – 12 – umiarkowane
- GCS 6 – 8 – brak przytomności
- GCS 5 – odkorowanie
- GCS 4 – odmóżdzenie
- GCS 3 – śmierć mózgowa

Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią, tj. od 4 roku życia.

.....  
Data, pieczęć, podpis lekarza

## SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

**Imię i nazwisko:** .....

**Data urodzenia:** .....

### I. WYWIAD

1. **Wiek** (lata) ..... **wzrost** (cm) ..... **masa ciała** (kg) ..... **pleć**     **K**     **M**
2. **Zmiana masy ciała:** utrata masy w ostatnich 6 miesiącach ..... (kg) ..... (%)  
zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:  
 zwiększenia     bez zmian     zmniejszenie
3. **Zmiany w przyjmowaniu pokarmów:**  
 bez zmian     zmiany: czas trwania.....(tygodnie)  
Rodzaj diety:  
 zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych  
 dieta płynna kompletna  
 dieta płynna hipokaloryczna  
 głodzenie
4. **Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie):**  
 bez objawów     nudności     wymioty     biegunka     jadłowstręt
5. **Wydolność fizyczna:**  
 bez zmian     zmiany: czas trwania.....(tygodnie)  
rodzaj:  praca w ograniczonym zakresie  
 chodzi  
 leży
6. **Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:**  
wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby  
 brak     mały     średni     duży

### II. BADANIA FIZYKALNE

**Należy określić stopień zaawansowania:**

**0 – bez zmian,    1 – lekki,    2 – średni,    3 – ciężki**

- utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniem trójgłowym i na klatce piersiowej
- zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)
- obrzęk nad kością krzyżową
- obrzęk kostek
- wodobrzusze

### III. SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

- prawidłowy stan odżywienia
- podejrzenie niedożywienia lub niedożywienia średniego stopnia
- wyniszczenie
- duże ryzyko niedożywienia

.....  
pieczęć, podpis lekarza leczącego

.....  
podpis i pieczęć pielęgniarki

**OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIENIA  
(NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS)**

<b>Pogorszenie stanu odżywiania</b>		<b>Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)</b>	
Lekkie = 1	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 3 miesięcy lub spożycie pokarmu 50-75% w ostatnim tygodniu	Lekkie = 1	Np. złamanie uda, choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane), marskość wątroby, POChP, radioterapia
Średnie = 2	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5 – 20,5 + zły stan ogólny lub spożycie pokarmu 25 – 50% potrzeb w ostatnim tygodniu	Średnie = 2	Rozległe operacje brzuszne, udar mózgu, chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe, pooperacyjna niewydolność nerek, chemioterapia
Ciężkie = 3	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 1 miesiąca lub BMI < 18,5 + zły stan ogólny lub spożycie pokarmu 0 -25% potrzeb w ostatnim tygodniu	Ciężkie = 3	Uraz głowy, przeszczep szpiku, chory w oddziale intensywnej terapii
Nasilenie:	Suma punktów:	Nasilenie:	Suma punktów:
<p>Wynik: <math>\geq 3</math> – wskazane leczenie żywieniowe  <math>&lt; 3</math> – rozważ postępowanie zachowawcze, powróż badanie za tydzień</p>			

.....  
pieczęć, podpis lekarza leczącego

.....  
podpis i pieczęć pielęgniarki

## WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO

BESKIDZKIEGO CENTRUM ONKOLOGII - SZPITALA MIEJSKIEGO IM. JANA PAWŁA II W BIELSKU-BIAŁEJ

Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy jest jedną z alternatywnych form długoterminowej opieki stacjonarnej. Oferta świadczeń skierowana jest przede wszystkim do osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych, unieruchomionych fizycznie, u których proces intensywnego leczenia został zakończony.

Kluczowym zadaniem zakładu jest stała, profesjonalna opieka pielęgniarska, kontynuacja leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacji, terapii logopedycznej, terapii zajęciowej i psychologicznej.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy przewiduje czasowy charakter pobytu podopiecznych i uwzględnia stały lub okresowy powrót chorego do środowiska zamieszkania, w którym opieka jest kontynuowana .

### O skierowanie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego może wystąpić:

- świadczeniobiorca lub,
- przedstawiciel ustawowy świadczeniobiorcy lub,
- za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego inna osoba lub podmiot leczniczy.

### W celu umieszczenia pacjenta w ZPO należy dostarczyć następujące dokumenty:

- skierowanie do ZPO
- zaświadczenie lekarskie
- wywiad pielęgniarski
- kartę oceny świadczeniobiorcy wg skali Barthel
- dowód tożsamości
- w przypadku osoby, która nie może sama wyrazić zgody, należy załączyć: (postanowienie Sądu o ubezwłasnowolnieniu, postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna lub decyzję Sądu o umieszczenie w ZPO bez zgody pacjenta).
- aktualna decyzja emerytalno - rentowa lub inny dokument potwierdzający wysokość dochodu

### Zasady pobytu:

- do zakładu nie może być przyjęty pacjent w ostrej fazie choroby psychicznej, uzależniony od alkoholu lub środków psychoaktywnych, z chorobą zakaźną, chorobą nowotworową oraz pacjent kwalifikujący się do DPS, u którego podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna
- pobyt w zakładzie jest zawsze na czas określony - uzależniony od oceny stanu pacjenta wg skali Barthel dokonywanej przez lekarza i pielęgniarkę zakładu opiekuńczego na koniec każdego miesiąca. Jeśli punktacja jest wyższa niż 40 punktów to okres pobytu zostaje ograniczany do jednego miesiąca.
- osoba przebywająca w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej osoby przebywającej w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.
- wniosek o skierowanie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego formułowany jest w oparciu o dokładną ocenę i analizę stanu zdrowia chorego, sytuacji socjalnej w tym wydolności opiekuńczej rodziny i środowiska oraz zakresu niezbędnej pomocy i opieki. Wniosek przekazywany jest lekarzowi, który dokonuje kwalifikacji

Świadczenia medyczne udzielane w zakładzie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ramach świadczeń ZPO gwarantuje w opiece nad chorym sprzęt jednorazowy, materiały opatrunkowe i leki. Do podstawowych świadczeń należą: czynności pielęgnacyjne, takie jak toaleta całego ciała, zmiana bielizny, zmiana pieluchomajtek, podawanie leków, karmienie, pomiar podstawowych parametrów życiowych, pielęgnacja odparzeń i odleżyn, tlenoterapia oraz zabiegi rehabilitacyjne wykonywane wg zlecenia lekarskiego, odpowiednie do stanu zdrowia pacjenta.

Dodatkowe informacje można uzyskać bezpośrednio w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym w dni robocze od godz. 12.00 do 14.00.

## Oświadczenie dotyczące danych osobowych świadczeniobiorcy

Imię i nazwisko .....

Nazwisko rodowe .....

Imiona rodziców .....

Data urodzenia.....

Miejsce urodzenia .....

PESEL .....

Wykształcenie.....

Stan cywilny.....

**Wzrost :**

**Waga:**

**Dane osób do kontaktu ( dane adresowe, stopień pokrewieństwa):**

1.....

.....

2.....

.....

3.....

.....

Nazwa i dokładny adres przychodni, do której został zadeklarowany pacjent

**(lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego pacjent złożył deklarację wyboru)**

.....

.....

.....

Podpis osoby składającej wniosek

## **Komplet dokumentów (wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego) - objaśnienia:**

Komplet zawiera:

- wniosek (z podpisem pacjenta/pełnomocnika),
- skierowanie (wypełnia lekarz),
- zaświadczenie lekarskie (wypełnia lekarz + miejsce na podpis pacjenta/pełnomocnika),
- wywiad pielęgniarski (wypełnia pielęgniarka placówki kierującej),
- karta oceny świadczeniobiorcy wg Skali Barthel (wypełnia lekarz),
- Skala Glasgow (wypełnia lekarz),
- SGA (wypełnia lekarz),
- kartę kwalifikacji do leczenia żywieniowego (opcjonalnie, wypełnia lekarz),
- oświadczenie dot. danych osobowych (wypełnia rodzina/pacjent),
- warunki udzielania świadczeń (podpis członka rodziny/pacjenta na końcu dokumentu jako potwierdzenie zapoznania się).

Ponadto do wniosku należy dołączyć:

- kart informacyjnych z poprzednich hospitalizacji, a jeśli pacjent przebywa obecnie w szpitalu - wstępny wypis,
- aktualną decyzję emerytalno-rentową pacjenta
- wykaz leków wraz z dawkowaniem,
- akt notarialny o pełnomocnictwo ze szczegółowym zapisem o udzielaniu świadczeń zdrowotnych /lub decyzję o ubezwłasnowolnieniu i przyznaniu opiekuna / lub kopię wniosku o ubezwłasnowolnienie złożonego uprzednio do sądu (dot. pacjentów, którzy z różnych względów nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu i wyrazić zgody na pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym) .

W przypadku osób bez kontaktu logicznego na dokumentach lekarskich wymagane są podpisy i pieczętki dwóch lekarzy.

W miejscach przeznaczonych na podpis pacjenta podpisuje się pacjent lub pełnomocnik /lub osoba, która widnieje jako wnioskodawca na wniosku o ubezwłasnowolnienie.

Na pieczętce podmiotu leczniczego kierującego pacjentem do tutejszego Zakładu powinny widnieć kody resortowe V-VIII (jeśli nie, proszę o ich wyegzekwowanie oraz zapisanie odręcznie na druku wniosku).