

**Wniosek o skierowanie
do Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego**
(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

(miejscowość)..... dnia.....

Imię i Nazwisko
Adres zamieszkania
PESEL
Telefon Kontaktowy
osoba bliska (imię,nazwisko)
adres
telefon

Objęcie ubezpieczeniem przez *)

1. Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ

2. Inny Oddział Wojewódzki NFZ.....(wpisać nazwę i nr)

*) - niepotrzebne skreślić

WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o:

skierowanie mnie do Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego w Międzywodziu,
prowadzonego przez NZOZ "Zdrowie" NIP 852-23-89-917 REGON 812614481

Równocześnie **oświadczam**, że wyrażam zgodę na:

ponoszenie opłaty / lub potrącenie opłaty przez właściwy organ emerytalno – rentowy *)
za pobyt w zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami na rzecz

„J.J.S.Kołecki”S.C.

70-215 Szczecin

ul.3 Maja 25/27

NIP - 852-23-89-917

REGON - 812614481

*) - niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny podpis

W załączeniu:

1) Zaświadczenie lekarskie

2) Wywiad pielęgniarstwa

3) Karta Kwalifikacji Pacjenta do Udzielania Świadczeń w ZOL/ZPO

4) Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu np. wysokość emerytury, renty itp.

5) Aktualny dokument potwierdzający ubezpieczenie w NFZ.

6) dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie-wypisy szpitalne, wyniki badań

SKIEROWANIE DO ZPO

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 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.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

rok urodzenia:.....

adres:.....

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

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

II. Badanie przedmiotowe: waga wzrost ciepłota

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

2. Układ oddechowy

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny *), ciśnienie krwi tętno/min

4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo-płciowy

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia 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?

.....

UWAGA :DO ZAKŁADU NIE MOGĄ BYĆ KIEROWANE OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

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)

*) Niepotrzebne skreślić

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

CZĘŚĆ 1. STRUKTURA RODZINY

| Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie | | | | | |
|---|-----------------|------|-----------------------|--------------------|--------------|
| Lp. | imię i nazwisko | wiek | stopień pokrewieństwa | aktywność zawodowa | stan zdrowia |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Pozostali członkowie najbliższej rodziny | | | | | |
|--|-----------------|------|-----------------------|--------------------|--------------|
| Lp. | imię i nazwisko | wiek | stopień pokrewieństwa | aktywność zawodowa | stan zdrowia |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

CZĘŚĆ 2.

SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

| Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej | | | | | | Liczba pkt |
|--|---|--|---|--|---|------------|
| oddzielne mieszkanie | 0 | oddzielny pokój | 2 | pokój wspólny z innymi osobami | 3 | |
| usytuowanie mieszkania parter | 0 | powyżej parteru z windą | 2 | powyżej parteru bez windy | 3 | |
| ogrzewanie CO | 0 | ogrzewanie węglowe | 2 | brak stałego ogrzewania | 3 | |
| pełny dostęp do łazienki | 0 | ograniczony dostęp do łazienki | 2 | brak łazienki | 3 | |
| pełny dostęp do WC | 0 | ograniczony dostęp do WC | 2 | dostęp do WC poza budynkiem | 3 | |
| pełny dostęp do kuchni | 0 | ograniczony dostęp do kuchni | 2 | brak dostępu do kuchni | 3 | |
| warunki higieniczne bardzo dobre, mieszkanie/pokój *) czyste, suche, widen, przestronne *) | 0 | warunki higieniczne zadowalające, mieszkanie/pokój *) dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne *) | 2 | warunki higieniczne złe, mieszkanie/pokój *) zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia | 4 | |
| pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej | 0 | częściowe przystosowanie mieszkania | 2 | mieszkanie nieprzystosowane | 3 | |
| SUMA pkt | | | | | | |

*) Właściwe podkreślić.

- a) sytuacja b. dobra: 0-4 pkt kategoria A
- b) sytuacja zadowalająca: 5 do 10 pkt kategoria B
- c) sytuacja zła: 11 do 25 pkt kategoria C.

CZĘŚĆ 3.

OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY/ŚRODOWISKA

| Zakres sprawowanej opieki | Kategoria *) |
|---|--------------|
| Pełna wydolność opiekuńcza rodziny | A |
| Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób) | B |
| Brak opieki ze strony rodziny (pełna zależność od osób obcych) | C |

*) Właściwe podkreślić.

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

CZĘŚĆ 4.

ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEŃNACYJNYCH (zanaczyć właściwe, ewentualnie opisać)

a) odżywianie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- karmienie przez gastrostomię lub zagłębnik
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- zakładanie zagłębnika
- 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

| Zakres wymaganej opieki | Kategoria *) |
|--|--------------|
| Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej | A |
| Wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej | B |
| Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarskiej | C |

*) Właściwe podkreślić.

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

.....
 (podpis i pieczęć pielęgniarki
 przeprowadzającej wywiad)

.....
 (data)

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*)

*) Niepotrzebne skreślić.

Z REGONEM I NUMEREM UMOWY Z NFZ

obowiązuje od 01.01.2012r.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/ PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM/

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

| Lp. | czynność | Wynik |
|---------------------------|--|-------|
| 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 fizyczną (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 i 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 = spaceruje 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 się i rozbieranie 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 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz | |
| Wynik kwalifikacji | | |

.....
.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia;

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

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