

**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 PIEŁĘGNIARSKI

### 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 PIEŁĘGNIARSKI

### CZĘŚĆ 4.

#### ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIEŁĘGNACYJNYCH (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.

**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.	<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 fizyczną (jedną lub dwie osoby), 10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna, 15 = samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie 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 i kąpiel całego ciała</b> 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 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.	<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</b>		

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

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

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