

WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO OŚRODKA INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZY
W ZIELONEJ GÓRZE

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL:

Seria i numer dowodu osobistego:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu kontaktowego:

Numer legitymacji emeryta/rencisty.....wydana w dniu.....

okres ważności.....

Proszę o przyjęcie mnie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego do Ośrodka Integracji Społecznej Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Prosta 47A.

Jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt w Zakładzie, obejmująca koszty wyżywienia i zakwaterowania, o której mowa w art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tj. Świadczeniobiorca przebywający 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 świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Mój aktualny łączny miesięczny dochód wynosizł

(kwota słownie:).

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych informujemy, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Integracji Społecznej siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Prosta 47A.
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych
- 3) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
- 4) podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem medycznym jest obowiązkowe a w pozostałym jest dobrowolne.

.....
(podpis składającego wniosek lub opiekuna)**Załączniki do wniosku:**

1. Skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie;
3. Karta kwalifikacji pacjenta wg skali Barthel,
4. Wniosek o przyjęcie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego;
5. Dokumenty potwierdzające wysokość aktualnego miesięcznego dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu (np. decyzja emerytalna, renta socjalna, zasiłek);

ZPO/01

**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

.....
miejsowość, data

.....
podpis świadczeniobiorcy

ZPO/02

**SKIEROWANIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO /
ZAKŁADU PIELEGNACYJNO - 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

.....
rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
dotychczasowe leczenie

.....
dotychczasowe leczenie (cd.)

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

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO
ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/
PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾**

imię i nazwisko świadczeniobiorcy

adres zamieszkania

numer PESEL, a w przypadku jego braku, nazwa i
numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Lp.	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	Utrzymywanie 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 - spacerzy 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 kwalifikacji⁵⁾		

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 opiekuńczego⁶⁾

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego⁶⁾

¹⁾ Niepotrzebne skreślić²⁾ Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.
Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie za zgodą.
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.³⁾ W lp. 1 - 10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości opisującą stan świadczeniobiorcy.⁴⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 - 10.⁶⁾ Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

ZPO/04

WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**WYWIAD PIELEŃNIARSKI****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/*****

.....
miejsowość, data

.....
podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
miejsowość, data

.....
podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dn. 19.08.2011 o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dn. 06.11.2008 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”.