



.....
Miejscowość i data

ZPO/03

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO OŚRODKA INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY W ZIELONAJ 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 usta 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 wynosi zł

(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 z 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 poprawy
- 4) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem medycznym jest obligatoryjne a w pozostałym jest dobrowolne.

.....
(podpis składającego wniosek lub opiekuna prawnego)

Załączniki do wniosku:

1. Skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
2. Wywiad pielęgniarzski 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);
6. Karty wypisowe leczenia szpitalnego.

Zgoda na przesyłanie korespondencji drogą elektroniczną

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Ośrodek Integracji Społecznej w celu komunikacji oraz na otrzymywanie za pośrednictwem poczty elektronicznej informacji dot. Procesu weryfikacji wniosku o przyjęcie oraz przesyłania informacji rozliczeniowych.

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Korespondencję przysłać można na wskazany poniżej adres e-mail:

.....

.....

Data i podpis

absolwentdrukimedyczne.pl Olsztyn, tel. 89 535 10 20

ZPO/02

**SKIEROWANIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO /
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO - 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	Myć, 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 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 najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy⁴⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 - 10⁶⁾ Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym

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 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”.