

Zestaw dokumentów wymaganych do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Siedlcach

1. Wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego / Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego.
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie.
3. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego.
4. Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego wg skali Barthel.
5. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie, w szczególności:
 - a. *decyzję organu emerytalno – rentowego ustalającego wysokość emerytury albo renty; do decyzji załącza się zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami lub*
 - b. *decyzję o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej; do decyzji można dołączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu albo przedstawiciela ustawowego do odbioru tych należności przez zakład.*
 - c. *inne dokumenty potwierdzające dochód osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo –leczniczego pozwalające na pokrycie pełnych kosztów pobytu pacjenta w okresie warunkowego przyjęcia do zakładu, do czasu uzyskania świadczeń, o których mowa wyżej.*
6. Oświadczenie – zgoda na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym.
7. Deklaracja wyboru placówki opiekuńczej.
8. Ksero kopie dokumentów z przebytego wcześniej leczenia.

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania.

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

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, 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**/***

.....

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 2011 r. 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 2008 r. 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”.

**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 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 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.

OŚWIADCZENIE

Ja (imię/imiona)

nazwisko nazwisko rodowe

imiona rodziców

miejsce urodzenia

numer dowodu osobistego PESEL

wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy
ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.

.....
data i podpis osoby kierowanej do Zakładu
Opiekuńczo –Lecznicy / przedstawiciela
ustawowego / opiekuna faktycznego

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali skali Barthel.

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

PESEL (w przypadku braku numer dokumentu potwierdzający tożsamość)

Lp.	Nazwa czynności ^{1/}	Wartość punktowa ²
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 10 = 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, kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = nie porusza się lub poniżej 50 m 5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m 10 = spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby powyżej 50 m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 50 m	
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 (zdarzenie 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 (zdarzenie przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji^{3/}		

^{1/} Należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan

^{2/} Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

^{3/} Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga 4 / skierowania do zakładu opiekuńczego

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

DEKLARACJA WYBORU ZAKŁADU OPIEKUNCZO – LECZNICZEGO
(dane opiekuna)

Ja, niżej podpisany(a).....

Stopień pokrewieństwazamieszkała/y.....

Seria i numer dowodu osobistegoPESEL.....

Telefony kontaktowe.....

wyrażam zgodę na pobyt w*

Lp.	Nazwa placówki	Adres placówki	Telefon
1.	NZOZ „Zdrowie” Garwolin	Garwolin ul. Legionów 11	(025)-682-46-59
2.	SPZZOZ w Gostyminie	Gostymin Kruk 09 - 502	(0-24)235-20-41(do 42)
3.	WSZPZOP im. E. Wilczkowskiego	Gostymin Zalesie 1	(024)-236-00-10
4.	SPZOZ Szpital Rejonowy w Iłży	27 – 100 Iłża ul. Dr Anki 5	(0-48)-16-36-50
5.	NZOZ ZOL	Joniec 51	(023)-661-60-15
6.	Ewangelicki 3Ośrodek Diakonii „Tabita” ZOL NZOZ	Konstancin Jeziorna ul. Długa 43	(022)-756-41-04
7.	SP Zakład Opieki Paliatywnej/Stacjonarnej w Lipsku	27 – 300 Lipsko ul. Śniadeckiego 2	(0-48)-378-06-11 wew. 263
8.	Ośrodek Opiekuńczo-Leczniczny Księży Orionistów Im .Ks. Bronisława Dąbrowskiego	Łażniew Al. Orionistów 1	(022)-731-99-34
9.	SPZOZ ZZLOiZ im. Duńskiego Czerwonego Krzyża w Makowie Mazowieckim	Maków Mazowiecki ul. Witosa 2	(029)-717-11-23
10.	ZOL dla Przewlekłe Chorych Zgromadzenia Sióstr Orionistek	Otwock ul. Zamenhofska 22	(022)-779-22-71
11.	ZPZOZ w Otwocku	05 – 400 Otwock ul. Batorego 44	(0-22)-779-50-41 do 45
12.	ZOL dla dorosłych	Pacyna Skrzyszewy 26	(024)-285-10-54
13.	SPZOZ w Pionkach	Pionki ul. Legionistów 38	(048)-612-13-81
14.	SPZOZ w Płońsku	Płońsk ul. Sienkiewicza 7	(023)-661-34-00
15.	SZPZOZ w Płocku	09 – 402 Płocku ul. Kościuszki 28	(0-24)262-90-11
16.	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu	Radom ul. Tochtermana 1	(0-48) 361-53-85; 361-55-44;
17.	SWPZ Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu im. Dr B. Borzym	Radom ul. Krychnowicka 1	(0-48) 332-21-21
18.	Wojewódzki Samodzielny Psychiatryczny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. dr Jana Mazurkiewicza	05 – 802 Pruszków ul. Partyzantów 2/4	(0-22)-758-60-05 758-63-71
19.	ZOL Zgromadzenie Córek Maryi Niepokalanej	Radom ul.25 Czerwca 19	(048)-362-70-48
20.	SSZOZ w Rudce ZPO w Rudce	Mrozy – Rudka ul. Dunina 1	(025)-757-40-42 757-49-48 757-49-51
21.	Dom Seniora „Kaśmin”	05-332 Siennica Drożdżówka 5a	(0-25)-799-21-23
22.	ZOL SP ZOZ w Siedlcach	Siedlce ul. Bema 22	(025)-63-274-62
23.	SPZOZ w Szydłowcu	26 – 500 Szydłowiec ul. Wschodnia 23	(0-48)-617-03-00
24.	ZOL SP ZOZ Sokołów Podlaski	08-300 Sokołów Podlaski ul. Ks. J. Bosko 5	(025)-787-60-82 787- 53-15
25.	„Dom Ciepła” ZOL Ośrodek Rehabilitacyjno – Readaptacyjny	Warszawa ul. Republikańska 19	(022)-611-88-04
26.	ZOL Archidiecezji Warszawskiej	Warszawa ul. Krakowskie Przedmieście 62	(022)-826-56-04
27.	ZOL SPZOZ	Warszawa ul. Mehoffera 72/74	(022)-814-03-60
28.	ZOL im. E. Bojanowskiego Sióstr Służebniczek N.M.P.	Warszawa ul. Dobrogniewa 6	(022)-837-46-49

29.	ZOL SPZOZ	Warszawa ul. Szubińska 4	(022)-834-70-41
30.	ZOL SPZOZ	Warszawa ul. Olchy 8	(022)-615-70-41 do 42
31.	Medi – System Sp. z o.o – Zakład Opiekuńczo – Lecznicy „Marianna” Majdan 58	Warszawa Centrum Al. Jerozolimskie 44	(0-22)- 693-79-44 789-08-00
32.	Institut Reumatologiczny	Warszawa ul. Spartańska 1	(0-22)-844-77-97
33.	SPZOZ w Wyszkanie	Wyszkanie ul. Komisji Edukacji Narodowej 1	(0-25)-742-38-11
34.	NZOZ ZPO Fundacja SFSW o/Wycześniak	96-330 Puszcza Mariańska Wycześniak 22	(0-46)-833-30-15; 831-06-92;
35.	SPZZOZ w Zwoleniu	Zwoleń Al. Pokoju 5	(0-48)676-25-74
36.	SPZOZ w Żurominie	Żuromin ul. Szpitalna 56	(0-23)-657-22-01 657-29-82
37.	ZOZ w Żyrardowie	96 – 300 Żyrardów ul. Limanowskiego 30	(0-46)855-35-27
38.	Niepubliczny Zakład Opiekuńczo – Lecznicy dla dzieci (woj. lubelskie)	22-300 Krasnystaw ul. Tuligłowy 1	(0-82)-576-66-75
39.	SPZZOZ w Kozienicach	26 – 900 Kozienice ul. Sikorskiego 10	(0-48)614-23-34
40.	Zakład Opiekuńczo -Lecznicy	Łosice	(083) 357-32-31
41.	Zakład Opiekuńczo – Lecznicy	Oleśnica k/Wodyń	(025) 631-72-72 lub informacja NPOZ Centrum (025)644-07-55 (025)633-35-35

* właściwe wpisać

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osoby skierowanej do ZOL lub jej przedstawiciel ustawowy