

Załącznik Nr 3
do Zarządzenia Nr 119//21
Dyrektora SPZOZ w Krotoszynie
z dnia 06.12.2021r

.....
Imię i Nazwisko pacjenta

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Pesel

.....
Seria i nr dowodu osobistego

ZGODA NA PONOSZENIE ODPLATNOŚCI

Oświadczam niniejszym, iż zobowiązuję się do ponoszenia odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krotoszynie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (DZ.U z dnia 2012 roku nr 731).

.....
Data i podpis świadczeniobiorcy

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia ~~25 kwietnia~~ 2012 r. (poz.)

Załącznik nr 1

WZÓR

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

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 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.

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 których 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”

[illegible]

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga: skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

F 0165 ZOL