

Dokumenty kwalifikujące przyjęcie do ZOL-u

1. Wniosek o wydanie skierowania
2. Skierowanie
3. Wniosek do ZOL
4. Skala Bartel
5. Wywiad pielęgniarstwa
6. Zaświadczenie lekarskie kwalifikujące do przyjęcia do ZOL
7. Badania podstawowe: morfologia, OB, mocznik, EKG, Antygen Hbs, HCV, kał nosicielstwo, prześwietlenie RTG-klatka piersiowa karta informacyjna z leczenia szpitalnego
8. Decyzja o przyznaniu renty/emerytury
9. Odcinek ostatniej renty/emerytury

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

kody resortowe

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

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.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

*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 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”.

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO /PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE
OPIEKUNCZYM¹⁾**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania z kodem pocztowym

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynności 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	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 < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje za pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 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 wykonać 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 kwalifikacji ⁵⁾

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....

.....

.....

.....

.....

Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego⁶⁾ oraz jego podpis

.....

Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarstwa zakładu opiekuńczego⁶⁾ oraz jej podpis

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ Mahoney FI, Barthel D. „Badania funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane 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 świadczeniobiorcy.

⁴⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.

⁶⁾ Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

**ZGODA NA OBJĘCIE OPIEKĄ
UPWAŻNIENIE**

**Zakład
Opiekuńczo-Leczniczy**

.....
miejsowość i data

Imię i nazwisko pacjenta:

Nazwisko rodowe Data i miejsce urodzenia:

Stan cywilny Imiona rodziców

Adres zamieszkania:.....

Seria i nr dowodu osobistego PESEL.....

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym

- Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Busku-Zdroju
- Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w
- Wrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.
- Jednocześnie zobowiązuję się do opuszczenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego po upływie przeznaczonego terminu pobytu.
 - Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż pacjent przebywający w ZOL w Busku-Zdroju nie może korzystać ze świadczeń w Podstawowej Opiece Zdrowotnej i innych placówkach Ochrony Zdrowia.

.....
podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany, upoważniam Pana/Panią

Adres, numer telefonu:
.....

Do:

- Wglądu w moją dokumentację medyczną za pośrednictwem lekarza prowadzącego*; Uzyskania
- wyciągów, odpisów i kopii mojej dokumentacji medycznej*;
- Na wypadek mojej śmierci do wglądu w moją dokumentację medyczną za pośrednictwem lekarza prowadzącego oraz do uzyskania wyciągów, odpisów i kopii mojej dokumentacji medycznej*;
- Uzyskania informacji o moim stanie zdrowia
- Nie udzielam komukolwiek upoważnienia do wglądu w moją dokumentację medyczną oraz do uzyskania wyciągów, odpisów i kopii mojej dokumentacji medycznej*

***zaznaczyć właściwe**

.....
data i podpis pacjenta

Podpisy opiekuna faktycznego lub / i osoby bliskiej, w przypadku utrudnionej komunikacji lub niemożności złożenia podpisu

.....
Imię i Nazwisko

.....
podpis

.....
data

.....
Miejscowość, data

Zaświadczenie lekarskie

Dotyczy: Pan / Pani

Pesel:

Zamieszkały:

Zaświadcza się, u w/w Pacjenta/ki nie zdiagnozowano żadnej z poniższych jednostek chorobowych będących przeciwwskazaniem do przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego.

- stany chorobowe wymagające hospitalizacji
- terminalna faza choroby nowotworowej
- współistniejąca choroba zakaźna
- zaburzenia i choroby psychiczne (za wyjątkiem pacjentów, dla których lekarz psychiatra wystawił zaświadczenie o braku przeciwwskazań do umieszczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym o charakterze ogólnym)
- ZUA (zespół uzależnienia alkoholowego)

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY NA POTRĄCANIE OPŁATY ZA POBYT W ZOL

Ja legitymujący(a)

się dowodem osobistym seria i nr.....

PESEL

wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ oraz wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu w systemach informacyjnych ZOL w Busku-Zdroju oraz płatnika. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....
data i podpis osoby kierowanej do Zakładu
Opiekuńczo-Leczniczego

Na podstawie:

1. Art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z dnia 28 czerwca 2012r.)

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości treść **Klauzuli informacyjnej dotyczącej zbierania danych od osoby, której dane dotyczą.**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych informujemy – zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej zwanego ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119), informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Gospodarcza św, Brata Alberta, ul. Sienna 5, 25-725 Kielce
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielania świadczeń zdrowotnych
3. Przetwarzanie danych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
4. Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych istnieje:
 - a. prawo dostępu do swoich danych;
 - b. prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych;
 - c. prawo do usunięcia danych, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa ciążącego na administratorze;
 - d. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - e. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa UODO.
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, Podanie danych jest dobrowolne podmiot danych zostanie o tym poinformowany, celem wyrażenia zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych. Podanie danych jest niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych.
6. Dane osobowe będą przechowywane do czasu archiwizowania dokumentacji, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych przez inny okres.
7. Pani/Pana dane nie będą przekazywane odbiorcom w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
Pani/Pana dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Oświadczam, iż administrator danych poinformował mnie, że osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Fundacji Gospodarczej Św. Brata Alberta w Kielcach możliwy jest pod adresem e-mail fundacjabrataalberta@poczta.onet.pl
10. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
podpis

OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu zgody na publikację wizerunku

Ja, niżej podpisany

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udostępnienie mojego wizerunku, w postaci zdjęcia, w celu umieszczenia go na stronie internetowej Hospicjum Busko: <http://www.hospicjum.busko.pl>

.....
podpis

Busko-Zdrój, dn.

OŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że Pan/Pani

PESEL

przebywający w ZOL/Hospicjum w Busku-Zdroju od

Jest w stanie zdrowia uniemożliwiającym złożenie osobistego podpisu.

W jego / jej imieniu podpis składa

legitymująca się dowodem osobistym seria i nr

HOSPICJUM / ZOL informuje, iż posiada podpisaną umowę z Domem Pogrzebowym „Motyl” w Busku Zdroju.

W przypadku chęci zlecenia usługi pogrzebowej innej firmie proszę podać poniższe dane:

Nazwa firmy:.....

Adres Firmy:.....

Numer telefonu:

.....

Podpis czytelny