WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA
DO GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O.
CENTRUM OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ-ODDZIAŁ PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Imiona rodziców

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
Nr ubezpieczenia – proszę podkreślić : Renta / Renta socjalna/ Emerytura/

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

....
Miejscowość, data Podpis świadczeniobiorcy

..... , dnia .....
(miejscowość)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uiszczanie opłaty za pobyt w Głogowskim Szpitalu Powiatowym w Oddziale Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Głogowie, ul. Kościuszki 15a.

Miesięczną opłatę za pobyt w Zakładzie ustala się w oparciu o przedłożone dokumenty 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 (zgodnie z art. 34a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz.408 ze zmianami).

.....
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie,
jej przedstawiciela ustawowego, innej osoby)

Dane dotyczące członków najbliższej rodziny, opiekuna.

1. ..... zamieszkała/y .....
(imię i nazwisko)
..... tel. domowy .....
tel. do pracy ..... tel. kom. .....

2. ..... zamieszkała/y .....
(imię i nazwisko)
..... tel. domowy .....
tel. do pracy ..... tel. kom. .....

3. ..... zamieszkała/y .....
(imię i nazwisko)
..... tel. domowy .....
tel. do pracy ..... tel. kom. .....

……
Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

SKIEROWANIE DO GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. CENTRUM OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ-ODDZIAŁ PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZY

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i Nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondecji (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*.
- do oddziału 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.

……
Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwiedzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

– **samodzielny/przy pomocy/utrudnienia***

☐ karmienie przez gastronomię 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/***.....**

Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

....
Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. 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 2008r. O konsultantach w ochronie zdrowia (DZ.U. Z 2009r. 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 GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. CENTRUM OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DO ODDZIAŁU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

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** – spacery 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)]	

.....

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga[1)] skierowania do oddziału pielęgnacyjnego-opiekuńczego/dalszego pobytu w oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym[1)]

.....

.....

.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego

[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.