

## **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 DLA DOROSŁYCH

## DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
numer PESEL, a w przypadku braku – numer potwierdzający tożsamość

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*podpis świadczeniobiorcy  
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*

## 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 albo imię i nazwisko  
pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>\*</sup> skierowania do zakładu  
opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego<sup>\*</sup>.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko lekarza,  
jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

---

<sup>\*</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>\*\*</sup> 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.

<sup>\*\*\*</sup> 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 świadczeniodawca\*\* .....

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 oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) 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/PEZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM<sup>1/</sup>

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2/</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania .....

PESEL (w przypadku braku numer dokumentu potwierdzający tożsamość).....

| Lp. | Czynność <sup>3)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Wynik <sup>4)</sup> |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1.  | <b>Spożywanie posiłków</b><br>0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść<br>5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety<br>10 = samodzielny, niezależny                                                                                                           |                     |
| 2.  | <b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie</b><br>0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu<br>5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)<br>10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna<br>10 = samodzielny                                                  |                     |
| 3   | <b>Utrzymanie higieny osobistej</b><br>0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych<br>5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)                                                                                                                          |                     |
| 4.  | <b>Korzystanie z toalety (WC)</b><br>0 = zależny<br>5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam<br>10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się                                                                                                                              |                     |
| 5.  | <b>Mycie, kąpiel całego ciała</b><br>0 = zależny<br>5 = niezależny lub pod prysznicem                                                                                                                                                                                                                       |                     |
| 6.  | <b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b><br>0 = nie porusza się lub poniżej 50 m<br>5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m<br>10 = spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby powyżej 50 m<br>15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 50 m |                     |
| 7.  | <b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b><br>0 = nie jest w stanie<br>5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie<br>10 = samodzielny                                                                                                                                                           |                     |
| 8.  | <b>Ubieranie się i rozbieranie</b><br>0 = zależny<br>5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy<br>10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.                                                                                                                  |                     |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 9.                                     | <b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</b><br>0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw<br>5 = czasami popuszcza (zdarzenie przypadkowe)<br>10 = panuje, utrzymuje stolec                            |  |
| 10.                                    | <b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b><br>0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny<br>5 = czasami popuszcza (zdarzenie przypadkowe)<br>10 = panuje, utrzymuje mocz |  |
| <b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b> |                                                                                                                                                                                                                            |  |

### Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>1)</sup> skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym<sup>1)</sup>

.....

.....

.....

.....

data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu  
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu  
opiekuńczego, oraz jego podpis<sup>6)</sup>

.....

data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu  
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki  
zakładu opiekuńczego oraz jej podpis<sup>6)</sup>

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</sup> Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.  
Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.  
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

<sup>3)</sup> W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>4)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

<sup>6)</sup> Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

## 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 – Leczniczym  
ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.

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

.....

*data i podpis osoby kierowanej do Zakładu  
Opiekuńczo-Leczniczego/przedstawiciela  
ustawowego/opiekuna faktycznego*



