

**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

## WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### WYWIAD PIELEŃNIARSKI

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

.....  
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.

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM<sup>1</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania .....

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

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

Lp.	Czynność <sup>3</sup>	Wynik <sup>4</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 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.	<b>Utrzymanie higieny osobistej:</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC):</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 0 - nie porusza się lub < 50m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 - spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>5</sup></b>		

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

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

<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

**Wykaz dokumentów  
dla osoby ubiegającej się o przyjęcie  
do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Oświęcimiu**

1. Komplet dokumentów.
2. Decyzja organu emerytalno-rentowego o przyznaniu świadczenia.
3. Dokument potwierdzający ubezpieczenie (legitymacja emeryta/rencisty; *ksero 2-stronne*).
4. Dowód osobisty (*ksero 2-stronne*).
5. Decyzja o przyznaniu grupy inwalidzkiej lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
6. Wyniki badań (morfologia, OB, badanie ogólne moczu, Aspat, Alat, HBS, anty HCV, HIV, TSH, glukoza, cholesterol, triglicerydy, białko całk., kreatynina, Jonogr. Na, K, Ca, RTG klatki piersiowej, odpisy aktualnych konsultacji specjalistycznych, odpisy kart informacyjnych oraz inne dokumenty z dotychczasowego leczenia).

**Wyniki badań powinny być aktualne w dniu przyjęcia do Zakładu, więc w dniu składania dokumentów przedstawiamy te, które mamy na chwilę obecną, natomiast po poinformowaniu przez dyrektora Zakładu o dacie przyjęcia należy badania uaktualnić.**

**WAŻNE!**

Jeśli osoba ubiegająca się o miejsce w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym nie jest osobą świadomą i samostanowiącą o sobie, należy przed przyjęciem do Zakładu ustanowić sądownie Opiekuna Prawnego lub w razie konieczności ubezwłasnowolnienie tej osoby. Jest to warunek konieczny w dniu przyjęcia (ewentualnie zaświadczenie, że postępowanie o ubezwłasnowolnienie lub nadanie opiekuna jest w toku).

Wymagane są oryginały dokumentów z kompletnymi pieczętkami i podpisami.

Wszystkie dokumenty można pobrać ze strony internetowej [www.zolserafitki.pl](http://www.zolserafitki.pl) w zakładce „Do pobrania”.