Załącznik do rozporządzenia MZ
z dnia 25 czerwca 2012r.

Zał. nr 1

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

…….....
/IMIĘ I NAZWISKO/

…….....
/ADRES ZAMIESZKANIA/

…….....
/NUMER PESEL, W PRZYPADKU JEGO BRAKU – NUMER POTWIERDZAJĄCY TOŻSAMOŚĆ/

…….....
/MIEJSCOWOŚĆ, DATA/

…….....
/PODPIS ŚWIADCZENIOBIORCY/

zał. 2

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane świadczeniobiorcy:

….....
/imię i nazwisko/

….....
/adres zamieszkania/

….....
/numer pesel, w przypadku jego braku – numer potwierdzający tożsamość/

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

a) odżywianie
- samodzielny / przy pomocy / utrudnienia
□ karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik.....
□ karmienie pacjenta z zaburzeniami połykania.....
□ 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
□ stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
□ inne niewymienione….....

f) rany przewlekłe TAK / NIE
□ odleżyny
□ rany cukrzycowe
□ inne niewymienione….....

g) oddychanie wspomagane TAK / NIE
h) świadomość pacjenta TAK / NIE / Z PRZERWAMI
i) inne ….....

Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel ** / *** ….....

…..... ….....
miejscowość, data podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że ….....
imię i nazwisko / adres zamieszkania / PESEL

….....

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 2011r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 201, poz.1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w atr. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Z dnia 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: nie ma zastosowania”.

OŚWIADCZENIE ZGODY

Pacjent potwierdza, że został poinformowany, że na czas pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym nie przysługuje dodatek pielęgnacyjny.

Zobowiązuje się do zawiadomienia ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH / KASĘ ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO o terminie przyjęcia i wypisu z zakładu.

…..... /miejscowość, data/

…..... /podpis świadczeniobiorcy, opiekuna prawnego/

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

PSYCHIATRYCZNO-GERIATRYCZNEGO [1)]

POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z O.O. W BRANIEWIE

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję

Pana/Panią.....ur.....w.....

PESEL ..... imię ojca.....

Miejsce zamieszkania:.....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania).....

.....

1.Stan Cywilny: 1. panna/kawaler 2.zamężna/żonaty 3. wdowa/wdowiec 4. rozwiedziony(a) 5. brak danych

2. Zatrudnienie*): 1. czynny zawodowo 2. emeryt(ka)/rencista(ka) 3. na utrzymaniu innych osób 4. bezrobotny(a) 5. utrzymuje się z innych źródeł 6. brak danych

3. Wykształcenie*): 1.podstawowe, 2. zawodowe, 3. średnie, 4. wyższe,5.inne/niepełne 6. brak danych

4.Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej lub inny dowód

.....

5. Osoba badana nie jest ubezwłasnowolniona częściowo lub całkowicie (właściwe podkreślić)

6. Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego (art. 46 ust.1 ustawy)

1) małżonek.....
(imię i nazwisko, adres)

2) osoba sprawująca opiekę faktyczną.....
(imię i nazwisko, adres)

3) przedstawiciel ustawowy.....
(imię i nazwisko, adres)

Nazwa i adres.....

.....

7. Wywiad od osoby badanej.....

.....

.....

……..

……

……

……

8. Wywiad od rodziny i innych osób……

……...

……

……

……..

……...

9. Ocena stanu fizycznego……

……...

10. Ocena stanu psychicznego……

……

……

……..

……..

……...

11. Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące) ……..

……..

……..

……...

12. Stwierdzam, że *)……

1) osoba badana zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (właściwe podkreślić)

Uzasadnienie:……

……..

……

2) nieprzyjęcie osoby badanej do zakładu psychiatryczno-geriatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego

3) osoba badana jest niezdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych z powodu choroby psychicznej a uzasadnione jest przewidywanie, że pobyt w zakładzie psychiatryczny przyniesie poprawą jej stanu zdrowia

13. Osoba badana ma być odwieziona do zakładu przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego: tak - nie (właściwe podkreślić) .Zlecenie o stosowaniu przymusu bezpośredniego może być wykonane nie później niż w ciągu 24 godz. od jego wystawienia.
14. Rodzaj przymusu bezpośredniego: .....
.....
15 Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca .....
.....
16. Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*
.....
.....
17. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu) .....
.....
18. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu).....

....
/pieczątka zakładu kierującego/ podpis i pieczęć lekarza

1) Wypełnia Lekarz Psychiatra)
*) zbędne skreślić

Ocena stanu zdrowia Lekarza Chorób Wewnętrznych /Lekarza Rodzinnego [2)]

Pacjenta skierowanego do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatryczno-Geriatrycznego

1. Imię i nazwisko pacjenta .....
2. Ocena stanu zdrowia pacjenta .....
.....
.....
3. Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące) .....
.....

……..

……

4. Zalecone leczenie i postępowanie……

……

……

……

……..

……

[2)] Wypełnia Lekarz Chorób Wewnętrznych lub Lekarz Rodzinny

…… /pieczątka zakładu/

…….....
podpis i pieczęć lekarza