

.....dnia.....  
(nazwisko i imię pacjenta, nazwisko rodowe, imiona rodziców )

.....  
( adres zamieszkania pacjenta - stały )

..... Nr dowodu osobistego .....  
( pesel pacjenta i miejsce urodzenia )

.....  
( nazwisko i imię oraz adres i nr telefonu osoby do kontaktu )

**Prezes  
Zamojskiego Szpitala Niepublicznego  
Spółka z o.o.  
ul. Peowiaków 1  
22-400 Zamość**

### WNIOSEK

Wniosuję o przyjęcie mnie /przedłużenie pobytu do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Zamojskiego Szpitala Niepublicznego sp. z o.o. w Zamościu.

### UZASADNIENIE

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
*podpis wnioskodawcy*

Załączniki :

1. Wniosek o przyjęcie do ZOL
2. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL
3. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie
4. Skala Barthel
5. Skierowanie do ZOL
- 6. Aktualna decyzja organu emerytalno-rentowego**
7. Pisemne wyrażenie woli na potrącanie należności ze świadczenia emerytalno- rentowego przez właściwy organ emerytalno rentowy



.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(telefon)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty z mojego świadczenia emerytalno-  
rentowego w wysokości zgodnej z obowiązującymi przepisami za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-  
Lecznym w Zamościu przez właściwy organ emerytalno-rentowy.

.....  
(data)

.....  
(podpis)



**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 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\*

- pielęgnacji stomii.....
- wykonania 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”.

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-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

### 1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

PESEL..... lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Bartel

Lp	Czynność	Wynik 1)
1	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, it., 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	Poruszenie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub <50 m 5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m 10 – spaceruje z 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 wykonywać połoce 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 moc	
<b>Wynik kwalifikacji 2)</b>		

### Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga skierowania do zakładu opiekuńczego/ dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym

.....  
.....  
.....

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

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

Niepotrzebne skreślić

W L. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

-1) należy wpisać wartość punktową przypisaną możliwości

-2) należy wpisać uzyskaną sumę punktów z Lp. 1-10.

