



Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o.  
ul. Narutowicza 6; 66-470 Kostrzyn nad Odrą  
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

.....

(Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dowodu potwierdzającego tożsamość)

.....

(Miejscowość, data)

.....

(podpis pacjenta)



Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o.  
ul. Narutowicza 6; 66-470 Kostrzyn nad Odrą  
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

Kostrzyn nad Odrą dnia .....

Dane pacjenta:

.....

.....

.....

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na ponoszenie opłat w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o.

.....

(podpis pacjenta)

WZÓR  
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.

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

#### 1. Dane świadczeniobiorcy

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres Zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a 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 tracheotomijnej.....
- 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 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 Nr 52, poz. 419 z późn. Zm.) zastępuje ocenę skalą Barthel.

\*\*\*W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisywać „nie ma zastosowania”

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO /  
PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM1)**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel2)

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

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

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Bartel**

Lp.	Czynność3)	Wynik4)
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>Utrzymywanie 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 < 50 m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 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>Kontrołowanie stolca /zwieracza odbytu:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec	
10	<b>Kontrołowanie 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 kwalifikacji5)</b>		

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

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga1) skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym1)

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

1) Niepotrzebne skreślić

2) 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.

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





NOWY SZPITAL

**Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o.  
ul. Narutowicza 6; 66-470 Kostrzyn nad Odrą  
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY**

Dane pacjenta:

Kostrzyn nad Odrą dnia .....

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

### OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o.

.....  
(podpis pacjenta)



NOWY SZPITAL

**Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o.  
ul. Narutowicza 6; 66-470 Kostrzyn nad Odrą  
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY**

Dane pacjenta:

Kostrzyn nad Odrą dnia .....

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

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Zostałem/am poinformowany/a przed hospitalizacją, że Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o. nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste pacjenta (biżuterię, pieniądze itp.) nie zdeponowane w szpitalnym magazynie depozytowym. Szpital posiada magazyn depozytowy.

.....  
(Podpis pacjenta)

**BADANIA PODSTAWOWE**

- MORFOLOGIA
- POZIOM CUKRU
- JONOGRAM
- MOCZNIK
- KREATYNINA
- KAŁ NA NOSICIELSTWO 3X
- Hbs

**ORAZ**

- OSTATNI ODCINEK RENTY
- DECYZJA ZUS
- KARTY INFORMACYJNE (ksero)

	IMIĘ I NAZWISKO	NAZWA I ADRES PRZYCHODNI NUMER TELEFONU
LEKARZ RODZINNY		
PIEŁĘGNIARKA RODZINNA		

.....  
(imię i nazwisko mocodawcy)

.....  
(adres)

.....  
(nr dowodu osobistego, PESEL)

## PEŁNOMOCNICTWO

Stosownie do dyspozycji wynikającej z art. 32 i 33 § 1 i 2 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 (Dz.U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 ze zm.) Kodeks postępowania administracyjnego, niniejszym

### udzielam pełnomocnictwa

.....  
(imię i nazwisko pełnomocnika i stopień pokrewieństwa)

.....  
(adres)

.....  
(nr dowodu osobistego, PESEL)

Do reprezentowania mnie w sprawie dotyczącej skierowania do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o. jak również do odbioru świadczeń emerytalno- rentowych, zasiłków itp., wszelkich pism i korespondencji oraz składania wniosków i oświadczeń, które w zakresie udzielonego pełnomocnictwa okażą się niezbędne. Jednocześnie oświadczam, że niniejsze pełnomocnictwo zostaje udzielone na czas nieokreślony, a jego odwołanie może nastąpić bez podania przyczyny w każdym czasie.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis mocodawcy)



.....  
( miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....  
(nazwisko i imię osoby odbierającej)

.....  
( adres zamieszkania)

.....  
( telefon kontaktowy)

### **Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta**

.....  
(nazwisko i imię pacjenta)

po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo -Lecznicznym  
Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o. w terminie wskazanym przez Zakład,  
określonym w umowie Nr ....., z dnia .....

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo -Lecznicznym jest uzależniony od uzyskanej ilości punktów w ocenie wg skali opartej na skali Barthel oraz o tym, że jeżeli punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez LOW NFZ w Zielonej Górze, a pacjent zostanie wypisany z ZOL Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o.

.....  
(podpis osoby odbierającej)