
 <b>NOWY SZPITAL</b>	Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.	<b>Standard akredytacyjny Potrzeby Pacjenta (PP7)</b>
	Załącznik nr 1 do C-5	
	Regulamin udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	<b>Data wydania 29.04.2026r. Nr wydania 2</b>

**REGULAMIN**  
**udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki**  
**długoterminowej**

**§ 1.**

**[Postanowienia wstępne]**

1. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, zwany dalej „Zakładem” lub „ZOL”, jest jednostką organizacyjną, w zakresie której podmiot leczniczy – **Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o., ul. Wolności 27, 87-200 Wąbrzeźno** zwana dalej „Spółką”, udziela świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
2. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Zakładu są akty normatywne określające zasady wykonywania działalności leczniczej, warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w tym następujące akty prawne:
  - 1) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity z dnia Dz.U.2024.799 t.j. z dnia 2024.05.28, z późn. zm. z późn. zm.) oraz przepisy wykonawcze do tej ustawy.
  - 2) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U.2024.146 t.j. z dnia 2024.02.06 z późn. zm. ), zwana dalej „**Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej**”.
  - 3) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz.U.2024.581 t.j. z dnia 2024.04.16 z późn. zm.).
  - 4) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U.2022.1755 t.j. z dnia 2022.08.22 z późn. zm. ), zwane dalej „**Rozporządzeniem w sprawie kierowania do ZOL**”.
  - 5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2024.253 t.j. z dnia 2024.02.26, z późn. zm) ), zwane dalej „**Rozporządzeniem w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych**”.
  - 6) Zarządzenie nr 55/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wraz z Zarządzeniem Nr 156/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowe,
  - 7) Umowa zawarta z Narodowym Funduszem Zdrowia.


	Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.	<b>Standard akredytacyjny Potrzeby Pacjenta (PP7)</b>
	Załącznik nr 1 do C-5	
	Regulamin udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	<b>Data wydania 29.04.2026r.</b>
		<b>Nr wydania 2</b>

3. Niniejszy regulamin, zwany dalej „Regulaminem”, określa warunki udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## § 2.

### [Procedura skierowania świadczeniobiorcy do Zakładu]

1. Sposób i tryb kierowania osób do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Zakładu Opiekuńczo –Leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (dalej jako „Zakład Opiekuńczo-Leczniczny”), dokumentację wymaganą przy kierowaniu osób do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, w tym wzory: wniosku o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego, wywiadu pielęgniarstwa i zaświadczenia lekarskiego oraz skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej określa Rozporządzenie w sprawie kierowania do ZOL oraz Rozporządzenie w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych .
2. Z wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego, zwanym dalej „Wnioskiem”, pacjent (zwany również w niniejszym regulaminie świadczenioborcą) występuje do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego świadczenioborca (§ 2 Rozporządzenia w sprawie kierowania do ZOL). Wzór wniosku określa załącznik nr 1 do Rozporządzenia w sprawie kierowania do ZOL (odpowiednio **Załącznik nr 1 do Regulaminu** – „*Wniosek o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego*”).
3. Zgodę na przyjęcie pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego może wyrazić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. W przypadku gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego nie pozwala na świadome wyrażenie zgody na przyjęcie do zakładu, a osoba ta nie posiada przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego, albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.
4. Do Wniosku załącza się wywiad pielęgniarstwa oraz zaświadczenie lekarskie. Wzór wywiadu pielęgniarstwa i zaświadczenia lekarskiego określa załącznik nr 2 do Rozporządzenia w sprawie kierowania do ZOL (odpowiednio **Załącznik nr 2 do Regulaminu** – „*Wzór wywiadu pielęgniarstwa i zaświadczenia lekarskiego*”).
5. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wydaje skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego w przypadku gdy świadczenioborca spełnia kryteria objęcia świadczeniami gwarantowanymi udzielanymi w warunkach stacjonarnych (§ 4 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie kierowania do ZOL). Wzór skierowania określa załącznik nr 3 do Rozporządzenia w sprawie kierowania do ZOL (odpowiednio **Załącznik nr 3 do Regulaminu** – „*Skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego*”).


 NOWY SZPITAL	Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.	<b>Standard akredytacyjny Potrzeby Pacjenta (PP7)</b>
	Załącznik nr 1 do C-5	
	Regulamin udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	<b>Data wydania 29.04.2026r. Nr wydania 2</b>

- a. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie kierowania do ZOL, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel”, otrzymał 40 punktów lub mniej.
  - b. W celu dokonania oceny poziomu samodzielności lekarz ubezpieczenia zdrowotnego oraz pielęgniarz ubezpieczenia zdrowotnego wypełniają Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczo leczniczego wg Skali Barthel (wzór stanowi **Załącznik nr 4 do Regulaminu** – „Karta ocen wg Barthel”).
  - c. Do Zakładu nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie (§ 5 ust. 2 Rozporządzenia w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych).
6. Wniosek, skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz wywiad pielęgniarzki i zaświadczenie lekarskie nie są wymagane, w przypadku gdy sąd opiekuńczy wyda orzeczenie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. W takiej sytuacji orzeczenie sądu opiekuńczego stanowi podstawę do umieszczenia świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

### § 3.

#### [Procedura przyjęcia świadczeniobiorcy do Zakładu]

1. Świadczeniobiorca składa skierowanie bezpośrednio do wybranego przez siebie zakładu opiekuńczo-leczniczego (§ 5 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie kierowania do ZOL).
2. Do skierowania świadczeniobiorca załącza wywiad pielęgniarzki i zaświadczenie lekarskie, o których mowa w § 2 ust. 4 Regulaminu (§ 5 ust. 2 Rozporządzenia w sprawie kierowania do ZOL).
3. Do skierowania do Zakładu świadczeniobiorca załącza nadto następujące dokumenty:
  - a. dokumenty stwierdzające wysokość dochodu świadczeniobiorcy (pacjenta), o których stanowi § 5 ust. 8 Rozporządzenia w sprawie kierowania do ZOL tj.
    - decyzję organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy (pacjenta) ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ, lub
    - decyzję o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy (pacjenta) ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy.


 <b>NOWY SZPITAL</b>	Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.	<b>Standard akredytacyjny Potrzeby Pacjenta (PP7)</b>
	Załącznik nr 1 do C-5	
	Regulamin udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	<b>Data wydania 29.04.2026r. Nr wydania 2</b>

- b. decyzję wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy (pacjenta), potwierdzająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, chyba że prawo to zostanie wykazane w inny przewidziany przepisami sposób; lub dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub podać informację umożliwiającą potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Kierownik Zakładu udziela informacji świadczeniobiorcy oraz odpowiednio domowi pomocy społecznej albo podmiotowi leczniczemu, w przypadku gdy świadczeniobiorca przebywa w tym domu albo w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, o kolejności przyjęcia świadczeniobiorcy oraz o przewidywanym terminie przyjęcia do Zakładu (§ 7 Rozporządzenia w sprawie kierowania do ZOL).
  5. Kierownik Zakładu udziela informacji świadczeniobiorcy o opłacie za pobyt w ZOL na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy.
  6. W przypadku rezygnacji z proponowanego terminu przyjęcia osoba ubiegająca się o pobyt zostaje skreślona z listy osób oczekujących (rezygnacja z proponowanego terminu nie wymaga zachowania formy pisemnej).
  7. W przypadkach nagłych, wynikających ze zdarzeń losowych, uzasadnionych stanem zdrowia bądź sytuacją społeczną osoby ubiegającej się o pobyt pacjenta, na wniosek ordynatora oddziału podmiotu leczniczego, w którym przebywa pacjent, oraz w przypadku pacjentów dializowanych, istnieje możliwość skierowania do ZOL w trybie pilnym.
  8. Pacjenci, o których mowa w 47c ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej mają pierwszeństwo do przyjęcia po za kolejnością listy oczekujących w najbliższym wolnym terminie.
  9. Świadczeniobiorcę do Zakładu przyjmuje jego kierownik w porozumieniu z lekarzem udzielającym świadczeń w tym Zakładzie (§ 5 ust. 4 Rozporządzeniem w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych).

#### § 4.

##### [ Zasady pobytu ]

1. Pobyt w ZOL ma charakter terminowy.
  2. Oceny skalą Barthel dokonuje:
    - przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczo-leczniczego – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego,
    - w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do Zakładu, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia - lekarz i pielęgniarka Zakładu.
- za pomocą karty oceny, której wzór określa załącznik nr 2 do Rozporządzeniem w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (§ 5 ust. 3 Rozporządzeniem w sprawie świadczeń

	Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.	<b>Standard akredytacyjny Potrzeby Pacjenta (PP7)</b>
	Załącznik nr 1 do C-5	
	Regulamin udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	<b>Data wydania 29.04.2026r. Nr wydania 2</b>


pielęgnacyjnych i opiekuńczych) (odpowiednio **Załącznik nr 4 do Regulaminu** – „Karta oceny wg. Barthel”).

3. Jeżeli dokonana na koniec miesiąca ocena wykaże punktację powyżej 40 punktów według Skali Barthel (**Załącznik nr 4 do Regulaminu**), pacjent w zakładzie może pozostać do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego. Ponowne skierowanie do Zakładu jest możliwe w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia świadczeniobiorcy.
4. Za zgodą lekarza oraz kierownika Zakładu, świadczeniobiorcy może być udzielona przepustka. Po pojęciem „przepustki” rozumie się okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczo-leczniczym, bez potrzeby wypisywania go z Zakładu. W okresie korzystania z przepustki, Zakład wyposaża świadczeniobiorcę w leki oraz wyroby medyczne, o których mowa w Rozporządzeniu w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Łączny czas pobytu chorego na przepustkach nie powinien być dłuższy niż 10% czasu pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym u danego świadczeniodawcy w danym roku. Do czasu pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym wlicza się czas pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu. Informację o przepustce, świadczeniodawca odnotowuje w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.
5. W przypadku okresowego pobytu pacjenta w podmiocie leczniczym, trwającego nie dłużej niż 15 kolejnych dni, Zakład zobowiązuje się utrzymać przez ten okres rezerwację łóżka dla pacjenta. W przypadku gdy w trakcie pobytu w Zakładzie pacjent zostanie skierowany i przyjęty do leczenia szpitalnego, po jego wypisaniu z podmiotu leczniczego nie jest konieczne ponowne składanie wniosku o przyjęcie do Zakładu.
6. W przypadku okresowego pobytu pacjenta w podmiocie leczniczym, trwającego dłużej niż 15 kolejnych dni ponowne przyjęcie świadczeniobiorcy do zakładu wymaga uzgodnienia terminu pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą lub członkiem jego rodziny albo opiekunem faktycznym lub prawnym.

## § 5.

### [Sposób ustalania odpłatności za pobyt w Zakładzie]

1. Sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kierowania do ZOL.
2. Opłata za pobyt w Zakładzie, zgodnie ze standardem żywienia i zakwaterowania pacjenta obowiązującym w Zakładzie, zwana dalej „Opłatą”, jest ustalana przez kierownika Zakładu lub umocowaną przez niego osobę. O wysokości Opłaty świadczeniobiorca informowany jest przy przyjęciu do Zakładu.
3. Wysokość Opłaty uzależniona jest od wysokości najniższej emerytury oraz miesięcznego dochodu świadczeniodawcy.
4. Opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu świadczeniobiorcy przebywającego w Zakładzie, o czym pacjent jest zobowiązany niezwłocznie poinformować Zakład poprzez dostarczenie aktualnego dokumentu poświadczającego wysokość osiąganego dochodu.


	Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.	<b>Standard akredytacyjny Potrzeby Pacjenta (PP7)</b>
	Załącznik nr 1 do C-5	
	Regulamin udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	<b>Data wydania 29.04.2026r. Nr wydania 2</b>

5. Oplatę ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy, w szczególności:
  - a. decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ, lub
  - b. decyzji o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy;
  - c. inne dokumenty, z których wynika wysokość dochodu świadczeniobiorcy.
6. W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w Zakładzie w trakcie jego pobytu w tym Zakładzie, obliczając Oplatę uwzględnia się liczbę dni pobytu świadczeniobiorcy poza Zakładem, przy czym oplatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza Zakładem opłata wynosi 70% Opłaty pobieranej za dni obecności w Zakładzie.
7. Wzajemne prawa i obowiązki związane z pobytem pacjenta w zakładzie opiekuńczo-lecznicznym oraz kwestie związane z opłatą za pobyt zostaną określone w umowę, której wzór stanowi **Załącznik nr 5 do Regulaminu** – „*Wzór umowy o świadczenie usług w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym*”.
8. Świadczenia z zakresu gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych udzielane w Zakładzie finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z zastrzeżeniem potwierdzenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.


## § 6.

### [Zakres świadczeń udzielanych w ZOL]

1. Zakwaterowanie Świadczeniobiorcy będzie miało miejsce w pokoju wieloosobowym z dostępem do współdzielonego węzła sanitarnego. W skład wyżywienia Świadczeniobiorcy będą wchodziły 4 (słownie: cztery) posiłki według indywidualnej diety zleconej przez lekarza (tj. śniadanie, 2-gie śniadanie, obiad, kolacja). W przypadkach uzasadnionych dieta Świadczeniodawca dostarczy również posiłek dodatkowy (dieta cukrzycowa). Harmonogram spożywania posiłków oraz jadłospis są dostępne dla pacjentów na terenie ZOL.
2. Świadczenia gwarantowane w ZOL obejmują:
  - 1) świadczenia udzielane przez lekarza;
  - 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
  - 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
  - 4) świadczenia psychologa;
  - 5) terapię zajęciową;
  - 6) leczenie farmakologiczne;

	Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.	<b>Standard akredytacyjny Potrzeby Pacjenta (PP7)</b>
	Załącznik nr 1 do C-5	
	Regulamin udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	<b>Data wydania 29.04.2026r. Nr wydania 2</b>

- 7) leczenie dietetyczne;
  - 8) zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym;
  - 9) edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.
3. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie:
- 1) badania diagnostyczne;
  - 2) leki.
4. Wyroby medyczne stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym
- 1) kule;
  - 2) laski;
  - 3) trójnogi;
  - 4) czwórnogi;
  - 5) balkoniki;
  - 6) podpórki;
  - 7) wózki inwalidzkie;
  - 8) przedmioty pionizujące;
  - 9) cewniki;
  - 10) worki na mocz;
  - 11) sprzęt stomijny;
  - 12) pieluchomajtki i ich zamienniki;
  - 13) pieluchy anatomiczne i ich zamienniki;
  - 14) rurki tracheostomijne;
  - 15) materace przeciwodleżynowe zmiennociśnieniowe;
  - 16) inne materace przeciwodleżynowe.
5. Pacjentowi, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:
- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
  - wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
6. W przypadkach niewymienionych w ust. 5 powyżej na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

	Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.	Standard akredytacyjny Potrzeby Pacjenta (PP7)
	Załącznik nr 1 do C-5	
	Regulamin udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	Data wydania 29.04.2026r. Nr wydania 2

## § 7.


### [Zakończenie pobytu w ZOL]

1. Zakończenie pobytu w ZOL następuje:
  - 1) Na wniosek pacjenta,
  - 2) W przypadku rażącego nieprzestrzegania niniejszego Regulaminu,
  - 3) W przypadku gdy ocena stanu pacjenta według skali Barthel przekracza 40 pkt,
  - 4) W wyniku pobytu w szpitalu przez okres dłuższy niż 15 dni oraz gdy termin powrotu pacjenta do ZOL nie jest możliwy do oszacowania ,
  - 5) W sytuacji przekroczenia przez Pacjenta okresu trwania przepustki powyżej 10% okresu pobytu w ZOL,
  - 6) W wyniku śmierci pacjenta podczas pobytu w ZOL, podczas pobytu na przepustce lub pobytu w innej placówce szpitalnej,
  - 7) W sytuacji utraty zdolności do ponoszenia opłaty za pobyt w ZOL.
2. W razie zaistnienia takiej konieczności, Świadczeniobiorca upoważnia Świadczeniodawcę do umieszczenia go w placówkach szpitalnych, a w razie jego śmierci zawiadomienia rodziny, Zakładu Pogrzebowego i/lub organów administracji państwowej.
3. W przypadku pacjentów, którzy nie są osobami samotnymi, posiadających rodzinę – na członkach rodziny spoczywać będzie obowiązek sprawowania opieki nad pacjentem po zakończeniu pobytu w ZOL i w celu wypełnienia powyższego obowiązku będą oni zobowiązani do korzystania z edukacji zdrowotnej w zakresie pielęgnacji i samoopieki oferowanej przez ZOL. Pacjent z chwilą przyjęcia do ZOL zobowiązuje się powiadomić rodzinie o powyższym obowiązku.
4. W przypadku pacjentów samotnych – ZOL powiadamia Ośrodek Pomocy Społecznej o konieczności udzielenia pacjentowi pomocy w związku z zakończeniem pobytu w ZOL, który w ramach swoich kompetencji organizuje pomoc środowiskową pacjentowi potrzebującemu wsparcia po zakończeniu pobytu w ZOL.

## § 8.

### [Postanowienia końcowe]

1. Wszelkie zmiany Regulaminu będą wymagały formy pisemnej oraz powiadomienia Pacjenta.
2. W przypadkach nieuregulowanych Regulaminem zastosowanie mają przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym akty prawne wskazane w Regulaminie.
3. Załączniki do Regulaminu stanowią jego integralną część.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 maja 2026r.

	Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.	Standard akredytacyjny Potrzeby Pacjenta (PP7)
	Załącznik nr 1 do C-5	
	Regulamin udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	Data wydania 29.04.2026r.
		Nr wydania 2

### WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW:

**Załącznik nr 1 do Regulaminu** – „Wniosek o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego”.

**Załącznik nr 2 do Regulaminu** – „Wzór wywiadu pielęgniarstwa i zaświadczenia lekarskiego”.

**Załącznik nr 3 do Regulaminu** – „Skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego”.

**Załącznik nr 4 do Regulaminu** – „Karta oceny wg Barthel”;

**Załącznik nr 5 do Regulaminu** – „Wzór umowy o świadczenie usług w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznym”



**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUNCZO-  
-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUNCZEGO**

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

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

.....  
Miejscowość, data  
świadczeniobiorcy

.....  
Podpis



**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<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)\*\*\*

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu  
lecniczego, 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

### 1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel.

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania .....

PESEL (w przypadku braku numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość) .....

I.p.	Nazwa czynności <sup>1/</sup>	Wartość punktowa <sup>2</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 10 = 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 poniżej 50 m 5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m 10 = spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby powyżej 50 m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 50 m	
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 (zdarzenie 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 (zdarzenie przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>3/</sup></b>		

<sup>1/</sup> Należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan

<sup>2/</sup> Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>3/</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

.....  
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

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

.....  
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego



**Umowa o świadczenie usług  
w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym (dalej „ZOL”)**

zawarta w ..... w dniu ..... pomiędzy:

1. **Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.**, ul. Wolności 27, 87-200 Wąbrzeźno, wpisaną do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy w Toruniu ,VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000288758, NIP: 8522526656, REGON: 320425520, kapitał zakładowy: 71.000,00 zł, reprezentowaną przez Patryka Maćkowiaka- Prezesa Zarządu zwaną w dalszej części umowy „**Świadczeniodawcą**”,

a 2.

Panią/Panem			
zamieszkała/y			
urodzona/y dnia		w	
legitymująca/-cym się dowodem osobistym o serii i numerze		wydanym przez	
Posiadająca/-cym PESEL			
telefon kontaktowy			

reprezentowanym przez<sup>1</sup>:

Panią/Pana	opiekuna faktycznego/ustawowego*		
Zamieszkała/-ym			
legitymująca/-cym się dowodem osobistym o serii i numerze		wydanym przez	
telefon kontaktowy			
adres e-mail			
rodzaj relacji/ stopień pokrewieństwa			

zwanym dalej „**Świadczeniobiorcą**”,

<sup>1</sup> Dotyczy wyłącznie sytuacji istnienia opiekuna prawnego (faktycznego/ ustawowego)

## § 1 [Oświadczenia stron]

1. Świadczeniodawca oświadcza, iż na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: „NFZ”) realizuje gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
2. Świadczeniobiorca oświadcza, że jest ubezpieczony w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Świadczeniobiorca oświadcza, że posiada środki finansowe na pobyt w ZOL oraz zobowiązuje się w dniu zawarcia niniejszej umowy do złożenia dokumentów stwierdzające wysokość dochodu Świadczeniobiorcy, tj.:
  - a) decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; lub
  - b) decyzji o przyznaniu zasiłku stałego; lub
  - c) innego dokumentu, z którego wynikać będzie wysokość dochodu Świadczeniobiorcy.
4. Świadczeniobiorca wyraża zgodę na pobyt w ZOL, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. Świadczeniobiorca oświadcza, że w przypadku utraty zdolności do świadomego podejmowania decyzji oraz do podejmowania określonych czynności w trakcie pobytu w ZOL, Świadczeniobiorcę reprezentować będzie opiekun, który sprawować będzie opiekę nad osobą i majątkiem Świadczeniobiorcy.
6. Świadczeniobiorca oświadcza, że zapoznał się z regulaminem organizacyjnym ZOL, regulamin odwiedzin, innymi dokumentami wewnętrznymi obowiązującymi w ZOL oraz zobowiązuje się do przestrzegania ich postanowień.
7. Świadczeniodawca wyraża zgodę na realizację przez Świadczeniobiorcę prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej realizowanej przez osoby wskazane przez pacjenta w zgodzie z regulaminem wykonywania czynności dodatkowej opieki przez członków rodziny lub przez osoby wskazane przez Świadczeniodawcę.
8. Świadczeniodawca oświadcza, że zapoznał się z informacją, że zgodę na przyjęcie pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego może wyrazić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. W przypadku gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego nie pozwala na świadome wyrażenie zgody na przyjęcie do zakładu, a osoba ta nie posiada przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego, albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.
9. W razie zaistnienia takiej konieczności, Świadczeniobiorca upoważnia Świadczeniodawcę do umieszczenia go w placówkach szpitalnych, a w razie jego śmierci zawiadomienia rodziny, Zakładu Pogrzebowego i/lub organów administracji państwowej.

## § 2 [Przedmiot Umowy]

1. Przedmiotem umowy jest wykonanie przez Świadczeniodawcę świadczeń na rzecz Świadczeniobiorcy polegających na zapewnieniu zakwaterowania i wyżywienia – finansowanego wyłącznie przez Świadczeniobiorcę.
2. Zakwaterowanie Świadczeniobiorcy będzie miało miejsce w pokoju wieloosobowym z

dostępem do współdzielonego węzła sanitarnego. W skład wyżywienia Świadczeniobiorcy będą wchodziły 4 (słownie: cztery) posiłki według indywidualnej diety zleconej przez lekarza (tj. śniadanie, 2-gie śniadanie, obiad, kolacja).

### § 3 [Opłata za pobyt]

1. Opłatę za pobyt Świadczeniobiorcy w ZOL w Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie Sp. z o.o. w ramach pobytu współfinansowanego przez NFZ ustala się zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz.U.2024.146 t.j. z dnia 2024.02.06) (dalej: „Ustawa”).
2. Kwota, o której mowa w ust. 1 powyżej odpowiada wartości 250% (dwieście pięćdziesiąt procent) najniższej emerytury i jest ustalana dla Świadczeniobiorcy przez Świadczeniodawcę z tym zastrzeżeniem, że nie może być wyższa niż 70% miesięcznego dochodu Pacjenta w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
3. Świadczeniobiorca w celu prawidłowego wyliczenia przez Świadczeniodawcę opłaty za pobyt w ZOL jest zobowiązany do niezwłocznego przedłożenia wszystkich dokumentów potwierdzających uzyskiwane dochody, w szczególności:
  - a) decyzji organu rentowego lub emerytalno-rentowego  
oraz
  - b) decyzji o przyznaniu zasiłku stałego.
4. Na podstawie przedłożonych dokumentów, o których mowa w ust. 3 powyżej Świadczeniodawca wylicza opłatę za pobyt w ZOL oraz wystawia Świadczeniobiorcy fakturę za każdy miesiąc kalendarzowy pobytu Świadczeniobiorcy w ZOL.
5. Świadczeniobiorca wyraża zgodę na dostarczanie przez Świadczeniodawcę faktur za pobyt w ZOL oraz faktur korygujących drogą elektroniczną na adres e-mail:
6. Opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu Świadczeniobiorcy przebywającego w zakładzie opiekuńczym, na warunkach wskazanych w ust. 7 poniżej.
7. Świadczeniobiorca jest zobowiązany do dostarczenia aktualizacji dokumentów potwierdzającego dochód, o których mowa w ust. 3 powyżej, niezwłocznie nie później niż w terminie 5 dni po uzyskaniu dokumentów w tym zakresie. W przypadku dostarczenia dokumentu po terminie o którym mowa powyżej, Świadczeniodawca jest uprawniony do naliczenia Świadczeniobiorcy opłaty wyrównującej opłatę za pobyt w ZOL. Opłata wyrównująca zostanie wystawiona na rzecz Świadczeniobiorcy w miesiącu w którym Świadczeniobiorca dostarczył Świadczeniodawcy dokument potwierdzający dochód, o którym mowa w ust. 3 powyżej i obejmować będzie okres od dnia obowiązywania dokumentu potwierdzającego dochód, o którym mowa w ust. 3 powyżej. Opłaty za pobyt w ZOL za kolejne miesiące będą naliczone Świadczeniobiorcy przez Świadczeniodawcę zgodnie z treścią zaktualizowanych dokumentów potwierdzających dochód, o których mowa w ust. 3 powyżej.
8. Strona Umowy zobowiązuje się do zapłaty kwoty określonej w ustępie powyżej, do dnia 10-tego dnia każdego miesiąca za dany miesiąc (opłata „z góry”) na rachunek bankowy Świadczeniodawcy ...../ na indywidualny rachunek przypisany Świadczeniobiorcy.

9. W przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji, Świadczeniobiorca zostanie skierowany do szpitala. W takim przypadku za okres pobytu Świadczeniobiorcy w szpitalu Świadczeniodawca pobiera opłatę obniżoną w wysokości 70 % obowiązującej według cennika stawki za osobodzień przez okres nie dłuższy niż 15 kolejnych dni kalendarzowych.
10. Za okres przepustki Świadczeniobiorcy od pobytu w ZOL, Świadczeniodawca pobiera opłatę z tytułu zajętego łóżka w wysokości 70 % obowiązującej według cennika stawki za osobodzień – jednak Świadczeniobiorca nie może przebywać na przepustce dłuższej niż 10% czasu pobytu w ZOL w danym roku.
11. W przypadku wystąpienia okoliczności opisanych w ust. 9 i 10 powyżej faktura za pobyt w ZOL na rzecz Świadczeniobiorcy zostanie skorygowana przez Świadczeniodawcę poprzez pomniejszenie opłaty za pobyt w ZOL. Faktura korygująca będzie wystawiana na rzecz Świadczeniobiorcy po każdym miesiącu, w których zaistniały okoliczności opisane w ust. 9 i 10 powyżej.
12. Rozliczenie Umowy wynikające z postanowień Umowy wskazanych w ust. . 9, 10, 11 będzie realizowane w okresach miesięcznych. W przypadku powstania nadpłaty Strony dokonają uzgodnienia czy zostanie ona przeznaczona na rzecz opłaty za pobyt w ZOL za kolejny miesiąc lub zwrócona na następujący rachunek bankowy:

na co świadczeniobiorca wyraża zgodę. W przypadku wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy powstała nadpłata podlegać będzie automatycznemu zwrotowi na następujący rachunek bankowy:

jak wyżej

na co świadczeniobiorca wyraża zgodę.

13. W przypadku powstania nadpłaty za pobyt Świadczeniobiorcy w ZOL oraz niemożliwości jej rozliczenia w sposób wskazany w ust. 12 powyżej, z uwagi na zgon Świadczeniobiorcy, nadpłata stanowić będzie masę spadkową po zmarłym Świadczeniobiorcy, która to nadpłata zostanie przekazana na rzecz następców prawnych po zmarłym Świadczeniodawcy na podstawie przedstawionego Świadczeniodawcy prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub na podstawie aktu poświadczenia dziedziczenia.
14. Świadczeniobiorca zobowiązany jest ustanowić pełnomocnika, który w jego imieniu będzie dokonywał opłaty za pobyt w ZOL. Wzór upoważnienia stanowi załącznik nr 1 do Umowy.
15. W przypadku gdy Świadczeniobiorca nie ustanowi pełnomocnika, o którym mowa w ust. 14 powyżej, Świadczeniodawca jest zobowiązany do samodzielnego dokonywania płatności za pobyt w ZOL.
16. Opłaty za pobyt w ZOL mogą również być regulowane przez Świadczeniobiorcę metodą polecenia zapłaty przez bank z rachunku bankowego Świadczeniobiorcy, z zastrzeżeniem postanowień o których mowa w ust. 6 i 7 powyżej.
17. Świadczeniobiorca może w trakcie trwania pobytu w ZOL wyrazić zgodę na potrącanie

opłaty za pobyt ZOL przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ tj. emerytury, renty, renty socjalnej, zasiłku stałego. Wzór zgody stanowi załącznik nr 2 do Umowy. W przypadku gdy kwota potrąconej opłaty za pobyt w ZOL, przelana przez organ emerytalny albo organ emerytalno - rentowy na rzecz Świadczeniodawcy na podstawie zgody wskazanej powyżej, będzie się różnić od tej wyliczonej przez Świadczeniodawcę:

- a. Świadczeniobiorca dokona zapłaty różnicy na rachunek bankowy Świadczeniodawcy ..... / na indywidualny rachunek przypisany Świadczeniobiorcy, w terminie 14 dni od przedłożenia Świadczeniobiorcy przez Świadczeniodawcę wyliczenia kwoty opłaty za pobyt w ZOL oraz Świadczeniobiorca zobowiązuje się do comiesięcznego dokonywania dopłat (bez osobnego wezwania) według kwoty wyliczonej przez Świadczeniodawcę.
- b. Świadczeniodawca zobowiązuje się do zwrotu różnicy na rachunek bankowy Świadczeniobiorcy:

jak wyżej

w terminie 14 dni od przedłożenia Świadczeniobiorcy przez Świadczeniodawcę wyliczenia kwoty opłaty za pobyt w ZOL oraz Świadczeniodawca zobowiązuje się do comiesięcznego dokonywania zwrotów (bez osobnej kalkulacji) według kwoty wyliczonej przez Świadczeniodawcę.

#### § 4 [Obowiązki Stron]

1. Świadczeniodawca oświadcza, że:
  - 1) świadczenia będące przedmiotem Umowy zostaną udzielone z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przy respektowaniu praw pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
  - 2) świadczenia będące przedmiotem Umowy zostaną udzielone przez lekarzy lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia, w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
  - 3) świadczenia będące przedmiotem Umowy zostaną udzielone w warunkach, w tym pomieszczeniach, odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami.
2. Świadczeniobiorca obowiązany jest do:
  - 1) udzielenia informacji o stanie swojego zdrowia zgodnie z prawdą,
  - 2) stawienia się we własnym zakresie i na własny koszt, w uzgodnionym terminie do ZOL prowadzonego przez Świadczeniodawcę wraz z niezbędnymi mu przedmiotami codziennego użytku, zwyczajowo zabieranymi przez pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych ,
  - 3) ponoszenia opłat wskazanych w Umowie i zgodnie z ustalonymi zasadami,
  - 4) zapoznania się ze szczegółowymi warunkami udzielania świadczeń określonych w regulaminie ZOL oraz przestrzegania ich postanowień,

- 5) wskazania miejsca pobytu Świadczeniobiorcy po wygaśnięciu niniejszej Umowy - oraz danych osoby, która zobowiązuje się przejąć opiekę nad Świadczeniobiorcą po opuszczeniu przez niego ZOL - Świadczeniobiorca wskazuje następującą osobę:

Imię i Nazwisko	
Adres zamieszkania	
Posiadającą dokument tożsamości	
z która Pacjenta łączy stosunek pokrewieństwa/ relacji	
oraz miejsce pobytu:	
adres pobytu po opuszczeniu ZOL	

- 6) aktualizacji danych wskazanych w pkt. 5) powyżej oraz niezwłocznego poinformowania Świadczeniodawcy o zmianę osoby wskazanej w pkt. 5) powyżej,
- 7) samodzielnego zaopatrzenia się w rzeczy osobiste wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych NFZ i pobytowych w ZOL oraz samodzielną organizację usług zaspokojenia potrzeb indywidualnych nie stanowiących zakresu świadczeń gwarantowanych przez NFZ oraz pobytowych w ZOL, lub wyznaczenia w tym celu osoby, która w jego imieniu będzie wykonywała ww. obowiązek. W przypadku gdy Świadczeniobiorca nie będzie w stanie samodzielnie wykonać ww. obowiązków, jak również nie ustanowi osoby, która będzie w jego imieniu wykonywać ww. obowiązków, Świadczeniobiorca upoważnia Świadczeniodawcę do wykonywania ww. obowiązków w jego imieniu, w takim przypadku Świadczeniodawca obciąży Świadczeniobiorcę miesięczną refakturą za wykonanie ww. czynności.
- 8) składania dokumentów, o którym mowa w § 1 ust. 3 Umowy.

#### § 5 [Okres obowiązywania Umowy]

- Umowa zawarta jest na czas określony tj. czas pobytu Świadczeniobiorcy w ZOL, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 poniżej oraz § 6 ust. 1 Umowy.
- W przypadku gdy na koniec danego miesiąca ocena stanu zdrowia Świadczeniobiorcy przeprowadzona przez lekarza i pielęgniarkę ZOL skalą Barthel wykaże, że Świadczeniobiorca otrzyma 40 punktów lub mniej, Świadczeniobiorca zobowiązany jest do opuszczenia ZOL nie później niż po upływie 1 (jednego) miesiąca od przeprowadzenia badania o którym mowa w niniejszym ustępie.
- Niniejsza umowa wygasa w przypadku zgonu Świadczeniobiorcy, w takim przypadku rodzina pacjenta lub osoba najbliższa zobowiązana jest do opróżnienia pokoju oraz zabrania rzeczy osobistych Świadczeniobiorcy.
- W przypadku zaistnienia okoliczności wskazanych w ust. 2 powyżej, niniejsza Umowa wygasa. Postanowienia § 6 ust. 2 lit. b) Umowy znajdują zastosowanie.

#### § 6 [Rozwiązanie Umowy]

1. Świadczeniodawca może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym w przypadku gdy:
  - a. Świadczeniobiorca zalega z zapłatą wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust. 1 Umowy za okres jednego miesiąca lub/i opłaty, o której mowa w § 4 ust. 2 pkt. 7) Umowy za okres jednego miesiąca, po uprzednim bezskutecznym wezwaniu Świadczeniobiorcy przez Świadczeniodawcę do zapłaty w terminie nie krótszym niż 14 dni.
  - b. gdy stan zdrowia Świadczeniobiorcy nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w ZOL (stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszej hospitalizacji i proces diagnostyczno-terapeutyczny został zakończony);
  - c. na żądanie Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
  - d. gdy Pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. W przypadku rozwiązania umowy Świadczeniobiorca zobowiązuje się do:
  - a) zapłaty wynagrodzenia o którym mowa w § 3 ust. 1 Umowy w całości, lub/i opłaty, o której mowa w § 4 ust. 2 pkt. 7) Umowy w dniu opuszczenia ZOL,
  - b) do opuszczenia ZOL oraz do opróżnienia pokoju oraz zabrania rzeczy osobistych/ odbioru rzeczy osobistych przez opiekuna.

#### **§ 7 [Postanowienia końcowe]**

1. W sprawach nieregulowanych w niniejszej umowie zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustaw regulujących przedmiot Umowy.
2. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron umowy.
3. Zmiany Umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Umowę sporządzono w 2 (dwóch) jednobrzmiących egzemplarzach po 1 (jednym) egzemplarzu dla każdej ze Stron.

.....  
Świadczeniodawca

.....  
Świadczeniobiorca / opiekun faktyczny/ustawowy\*

\*zaznaczyć właściwe

