

**INFORMACJE DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRZYJĘCIE  
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO  
W ZABRZU UL. JANIKA 18**

**w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego  
umowy z Śląskim Oddziałem Wojewódzkim  
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Zgodnie z zawartą umową z ŚOW NFZ od 1 lipca 2014 r. Zakład nasz zapewnia świadczenia dla ubezpieczonych. Może zostać przyjęta osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagająca pobytu w oddziale szpitalnym.

Przyjmuje się jedynie Pacjentów, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (zwaną „skalą Barthel”) otrzymali 40 lub mniej punktów.

Nie przyjmuje się Pacjentów jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

**Przyjęcie następuje na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do zakładu opiekuńczo-leczniczego.**

Wymagane dokumenty:

A. Dokumenty wypełnione przez lekarza prowadzącego oraz pielęgniarkę środowiskową lub rodzinną;

1. Skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (do skierowania na druku dołączyć skierowanie na kuponie/receptie z rozpoznaniem i numerem wg ICD-10 choroby zasadniczej i chorób współistniejących)
2. Wywiad pielęgniarzki przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskową lub rodzinną i zaświadczenie lekarskie stwierdzające konieczność całodobowej pielęgnacji i opieki bez potrzeby hospitalizacji.
3. Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego (wg skali Barthel) podpisaną przez lekarza i pielęgniarkę środowiskową lub rodzinną.

B. Dokumenty wypełnione i podpisane przez pacjenta/tkę;

4. Wniosek o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Zabrze ul. Janika 18,
5. Dodatkowe informacje – (załącznik do Wniosku),
6. Zgoda pacjenta/ki do objęcia opieką długoterminową,
7. Oświadczenie pacjenta/ki -wyrażenie lub nie zgody na informowanie o stanie zdrowia,
8. Oświadczenie pacjenta/ki- wyrażenie zgody na wkłucia itd.,
9. Oświadczenie dotyczące badań wstępnych,

C. Dokumenty wypełnione przez pacjenta/tkę dotyczące odpłatności z pobyt w ZOL-u;

10. Oświadczenie – zgoda na pobieranie przez ZOL należnych kwot ze świadczenia pacjenta/ki,
11. Oświadczenie - zgoda na dokonywanie przez ZUS potrąceń z tytułu odpłatności za pobyt w ZOL-u.

D. Inne dokumenty;

12. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu pacjenta tj.:

a) decyzję organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej;

lub

b) decyzji o przyznaniu zasiłku stałego;

13. Kserokopia dowodu osobistego.

Miesięczna opłata za pobyt w zakładzie obejmująca koszty wyżywienia i zakwaterowania ustalana jest przez kierownika zakładu na podstawie art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

O każdorazowej zmianie wysokości dochodu w trakcie przebywania w Zakładzie pacjent ma obowiązek zgłosić ten fakt, celem ustalenia ponownie opłaty.

W dniu przyjęcia pacjent dostarcza również następującą indywidualną dokumentację medyczną:

Karty informacyjne leczenia szpitalnego,

Aktualne badanie RTG płuc (ważne 2 lata), a w w przypadku podejrzenia gruźlicy wynik badania bakteriologicznego płwociny na BK,

EKG

Wyniki badań laboratoryjnych:

Badanie ogólne moczu,

Posiew moczu w przypadku założonego cewnika

OB, morfologia, elektrolity, kreatynina + e-GFR, poziom glukozy, ALAT, ASPAT, poziom Albuminy, CRP, TSH. Antygen HBS

Posiew z rany + antybiogram (w przypadku pacjenta z ranami, odleżynami)

Wymaz z nosa (+ antybiogram)

Wymaz z gardła (+ antybiogram)

W przypadku zaznaczenia w zaświadczeniu lekarskim choroby psychicznej wymagane jest zaświadczenie od psychiatry o następującej treści: " Pacjent/ka nie zagraża sobie i otoczeniu. Może przebywać w ZOL o profilu ogólnym"

**Zakład nie przyjmuje osób:**

- chorych w ostrej fazie choroby psychicznej
- uzależnionych (alkohol, narkotyki)
- w terminalnej fazie choroby nowotworowej
- dzieci i młodzieży do 18 roku życia

Wnioski o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczy można składać codziennie w dni robocze w sekretariacie Zakładu w Zabrze przy ul. Janika 18.

Wzory dokumentów można pobrać ze strony: [www.szpitalzabrze.pl](http://www.szpitalzabrze.pl)

**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 i odpis świadczeniobiorcy

**Uwaga: Ten wniosek pacjent składa u swojego lekarza prowadzącego celem wystawienia skierowania do ZOL-u.**

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-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.

(pieczęć podmiotu leczniczego)

## 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 stonii .....
- 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\*\*/\*\* .....

.....  
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”.

Pieczęć podmiotu leczniczego

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU  
OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM<sup>1)</sup>  
Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel <sup>2)</sup>**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

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

.....  
Adres zamieszkania:

Lp.	Nazwa czynności */3	Wartość punktowa**/4
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 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 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> <b>0</b> - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw <b>5</b> - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> - panuje, utrzymuje stolec	
10	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> <b>0</b> - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny <b>5</b> - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> - panuje, utrzymuje mocz	
	<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>	

**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 pielęgniarki  
ubezpieczenia zdrowotnego  
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego<sup>6)</sup>

.....  
data pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego  
albo lekarza zakładu opiekuńczego<sup>6)</sup>

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 z lp. 1 – 10.

6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym. Dziennik Ustaw – 10 – Poz. 1480



.....  
(Miejscowość i data)

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE  
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO  
W ZABRZU UL. JANIKA 18**

Nazwisko i imię .....

PESEL: .....

Adres zameldowania .....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż zameldowania) .....

.....

Nr telefonu do kontaktu: .....

**Zwracam się z wnioskiem o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Zabrze  
ul. Janika 18.**

.....  
podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie  
lub opiekuna prawnego\*

---

\* w przypadku podpisu przez opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego oraz decyzję o umieszczeniu pacjenta w ZOL bez jego zgody

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
w Zabrze ul. Janika 18. lub jego przedstawiciela ustawowego

PESEL: .....

Adres zameldowania .....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż zameldowania) .....

Nr telefonu do kontaktu: .....

.....  
(Nr świadczenia osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
w Zabrze ul. Janika 18)

## O Ś W I A D C Z E N I E

**Wyrażam zgodę na pobieranie z otrzymywanego przeze mnie/osobę ubiegającą się o skierowanie\* świadczenia odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Zabrze ul. Janika 18. \*\***

.....  
(czytelny podpis)

**Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej (art. 233KK) za zatajenie prawdy lub poświadczenie nieprawdy.**

.....  
(czytelny podpis)

*Do wniosku o przyjęcie dołączam odcinek emerytalny/rentowy/inny\* z ostatniego miesiąca oraz aktualną decyzję o przyznaniu emerytury/renty/innego świadczenia\**

---

\*Niepotrzebne skreślić

\*\*Podstawa prawna: art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; §8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

(nasze logo i nazwa)

.....  
(Miejscowość i data)

Nazwisko i imię pacjenta/ki.....

PESEL: .....

Adres zameldowania .....

Telefon kontaktowy: .....

### **ZGODA PACJENTA/KI DO OBJĘCIA OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ**

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką długoterminową przez Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Zabrze ul. Janika 18.

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w .....

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z

Zakładem.: .....

(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(nr telefonu)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

(nasze logo i nazwa)

.....  
(Miejscowość i data)

## O Ś W I A D C Z E N I E

Nazwisko i imię pacjenta/ki.....

PESEL: .....

1. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na informowanie o moim stanie zdrowia i udostępnianie dokumentacji medycznej.

(w przypadku wyrażenia zgody należy podać dane osób kogo można informować o stanie zdrowia i udostępnianie dokumentacji medycznej):

1) ..... Pesel .....

(imię i nazwisko)

..... nr telefonu .....

(adres zamieszkania)

2) ..... Pesel .....

(imię i nazwisko)

.....nr telefonu.....

(adres zamieszkania)

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że w przypadku braku posiadania wymaganych badań nie będę mógł/ła zostać przyjęty/a do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy ul. Janika 18.

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

.....  
data i podpis)

...

## OŚWIADCZENIE

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonanych badań w związku z rozpatrzeniem wniosku o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy ul. Janika 18 , zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Miejskim w Zabrze.

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

.....  
data i podpis)

Oświadczam, że zostałem poinformowany/a o możliwości wykonania badań na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia w innej placówce, która posiada stosowną umowę, jednak nie zamierzam z tej formy świadczenia usług korzystać.

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

.....  
(data i podpis)

(pieczęć oddziału)

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Pesel

**Oświadczenie Pacjenta o wyrażeniu świadomej zgody**

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przeprowadzenie:

- badania klinicznego;
- wkłucie dożylnie obwodowe, założenie wenflonu;
- pobranie krwi do badań;
- iniekcje podskórne, śródskórne, domięśniowe, dożylnie;
- cewnikowanie dróg moczowych;
- założenie sondy do żołądka;
- lewatywa;

Zostałem/am w sposób zrozumiały i wyczerpujący poinformowany/a o istocie oraz celowości wykonania w/w świadczeń medycznych i związanym z nimi ryzykiem. Oświadczam, iż miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź. Powyższe informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

.....  
data

.....  
(podpis pacjenta)

Zabrze, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

PESEL: .....

dotyczy świadczenia: .....

### O ś w i a d c z e n i e

Wyrażam zgodę na dokonywanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w .....  
potrąceń z tytułu odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Zabrzu ul. Janika  
18 w wysokości wynikającej z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze  
środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2014 r z późniejszymi zmianami a mianowicie 250%  
najniższej emerytury jednak nie więcej niż 70% miesięcznego dochodu świadczeniodawcy w  
rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Pozostałą część mojego dochodu proszę wysłać na:\*

a) adres .....\*

b) dotychczasowe konto podane w ZUS-ie.\*

c) .....  
(inna dyspozycja- podać jaka \*)

Podpis został złożony w obecności pracownika Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Zabrzu  
ul. Janika 18.

.....  
(podpis pacjenta)

.....  
(potwierdzenie podpisu pacjenta)