

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”

NIP 734-27-32-968

ul. Nawojowska 155 A, 33-300 Nowy Sącz

Załącznik nr 1

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy lub Jego opiekuna

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”

NIP 734-27-32-968

ul. Nawojowska 155 A, 33-300 Nowy Sącz

Załącznik nr 2

**WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI**



Dane świadczeniobiorcy

.....

Imię i nazwisko

Nr pesel a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Adres zamieszkania



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

Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel**/**

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarza

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”

NIP 734-27-32-968

ul. Nawojowska 155 A, 33-300 Nowy Sącz

Załącznik nr 3

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję do zakładu opiekuńczo-leczniczego.

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli 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 i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (Imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Miejscowość, data

.....
podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć
podmiotu leczniczego, gdy lekarz ubezpieczenia
zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

.....
* Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”

NIP 734-27-32-968

ul. Nawojowska 155 A, 33-300 Nowy Sącz

Załącznik nr 4

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO

DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM ¹⁾

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania:

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

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg zmodyfikowanej skali Barthel

L.p.	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
1	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 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	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0 – zależny 5 – częściowo potrzebuje pomocy 10 – niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej)	
5	Mycie, kąpiel całego ciała 0 – zależny 5 – niezależny	
6	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 – nie porusza się lub może pokonać odległość <50m 5 – niezależny poruszający się na wózku 10 – spacer z pomocą jednej osoby, na odległość >50m 15 – niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) na odległości >50m	

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”

NIP 734-27-32-968

ul. Nawojowska 155 A, 33-300 Nowy Sącz

7	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 – nie jest samodzielny 5 – potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia) 10 – samodzielny	
8	Ubieranie i rozbieranie się 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 – niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonanie lewatywy) 5 – przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca 10 – kontroluje oddawanie stolca	
10	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny 5 – przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu 10 – kontroluje oddawanie moczu	
	Łączna liczba punktów (wynik kwalifikacji)⁵⁾	

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 opiekuńczego⁶⁾

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu
opiekuńczego⁶⁾

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

²⁾ Mahoney FI, "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;

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”

NIP 734-27-32-968

ul. Nawojowska 155 A, 33-300 Nowy Sącz

Załącznik nr 5 a

PODANIE O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Ja _____
Imię i nazwisko

PESEL (lub seria i nr dokumentu tożsamości) oraz adres zamieszkania

Proszę o przyjęcie mnie w charakterze pacjenta do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami przyjęcia i pobytu w Zakładzie oraz z treścią przepisów dotyczących odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, która wynosi 70 % moich dochodów. Wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty i na jej potrącanie przez płatnika świadczeń emerytalno-rentowych lub przez innego płatnika zgodnie z przepisami (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. § 8 ust. 1-4 (Dz. U. Nr 0 poz. 731). W przypadku ustalenia świadczenia wypłacanego przez organ emerytalno-rentowy na poziomie niższym niż kwota dochodu określonego powyżej zobowiązuję się dopłacić różnicę.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych oraz gromadzenie i przetwarzanie informacji medycznych dotyczących mojej osoby w celach związanych z prowadzoną przez Zakład działalnością medyczną.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby składającej oświadczenie
lub Jego opiekuna

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”

NIP 734-27-32-968

ul. Nawojowska 155 A, 33-300 Nowy Sącz

Załącznik nr 6

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko faktycznego opiekuna pacjenta

.....
Stopień pokrewieństwa

.....
Numer telefonu faktycznego opiekuna pacjenta

Ja, niżej podpisany/podpisana* zobowiązuję się w przypadku uzyskania przez

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

więcej niż 40 punktów w skali Barthel, a tym samym poprawy stanu zdrowia, do odebrania jego / jej z Zakładu
Opiekuńczo-Leczniczego w ustalonym przez kierownika Zakładu terminie.

.....
Miejscowość i data

.....
data i podpis opiekuna

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”

NIP 734-27-32-968

ul. Nawojowska 155 A, 33-300 Nowy Sącz

Załącznik nr 7

**OŚWIADCZENIE PACJENTA
LUB JEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
ROZPOCZYNAJĄCEGO OPIEKĘ w ZOL**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:.....Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.	Upoważniam/nie upoważniam (niepotrzebne skreślić) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych: (imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą) Data: Podpis pacjenta
----	--

2.	Upoważniam/nie upoważniam (niepotrzebne skreślić) do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej: (imię i nazwisko osoby upoważnionej) Data: Podpis pacjenta
----	---

3.	Oświadczam, że jestem ubezpieczony przez (płatnik składek)..... Data: Podpis pacjenta
----	---

4.	Zostałem (-am) poinformowany (-a) o przysługującym mi prawie do informacji o stanie zdrowia, wyrażania zgody lub odmowy na określone świadczenia zdrowotne po uzyskaniu odpowiedniej informacji.
5.	Zostałem (-am) poinformowany (-a) o możliwości przekazania rzeczy wartościowych do depozytu hospicjum. Przyjąłem (-am) do wiadomości, że za rzeczy wartościowe nie przekazane do depozytu hospicjum nie ponosi odpowiedzialności.
6.	Wskazano mi możliwość zapoznania się z pozostałymi prawami pacjenta, które mi przysługują. Data: Podpis pacjenta

UWAGA: W przypadku gdy pacjent/przedstawiciel ustawowy odmawia złożenia oświadczeń j/w, na niniejszym formularzu należy uczynić odpowiednią adnotację i dołączyć go do historii choroby pacjenta.

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”

NIP 734-27-32-968

ul. Nawojowska 155 A, 33-300 Nowy Sącz

Załącznik Nr 8

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych dla celów informacyjnych o stanie zdrowia pacjenta

.....
(imię i nazwisko pacjenta, nr księgi głównej)
wykorzystywanych w Towarzystwie Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu

1. Imię/imiona

.....

2. Nazwisko

.....

3. Telefon lub adres e-mailowy

Miejscowość, data

.....
(podpis opiekuna)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych dla celów medycznych wykorzystywanych w Towarzystwie Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu

1. Imię/imiona

2. Nazwisko

3. Nazwisko rodowe

4. Data i miejsce urodzenia

5. Pesel

6. Adres zamieszkania

7. Rodzaj, nr i seria dokumentu tożsamości

Miejscowość, data

.....
(Podpis pacjenta lub Jego opiekuna)

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”

NIP 734-27-32-968

ul. Nawojowska 155 A, 33-300 Nowy Sącz

Klauzula informacyjna dla pacjentów

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu z siedzibą 33-300 Nowy Sącz ul.

Nawojowska 155A – dalej zwane „Hospicjum”

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuję, że :

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu ul. Nawojowska 155A, tel. 531 900 558.
2. Hospicjum wyznaczyło Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Osobą kontaktową jest IOD. Wszelkie kwestie dotyczące danych osobowych należy kierować na e-mail : hospicjum@nowysacz.pl adres 33-300 Nowy Sącz ul. Nawojowska 155A , tel. 531 900 558.
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą :
 - na podstawie art. 23 i następne ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017r. poz. 1318) oraz
 - w celu udokumentowania Pana/Pani stanu zdrowia oraz udzielonych Panu/Pani świadczeń zdrowotnych.
4. Odbiorcą Pana/Pani danych osobowych mogą być osoby i podmioty wskazane w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych.

W przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą :

- na podstawie art. 2 oraz art. 49 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych a w przypadkach, o których mowa w art. 12 i nast. ww. ustawy – na podstawie wskazanych przepisów szczególnych oraz
- w celu weryfikacji Pana/Pani uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych a także w celach rozliczenia tych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym podmiotem finansującym te świadczenia.

W przypadku, o którym mowa w pkt. 4 odbiorcą Pana/Pani danych osobowych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot finansujący świadczenia opieki zdrowotnej.

5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych.
7. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetworzenia, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach ustaw szczególnych.

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”

NIP 734-27-32-968

ul. Nawojowska 155 A, 33-300 Nowy Sącz

8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (dawniej GIODO) gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych gromadzonych w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe.
10. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania tzn. żadne decyzje wywołujące wobec osoby skutki prawne lub w podobny sposób na nią istotnie wpływające nie będą oparte wyłącznie na automatycznym przetwarzaniu danych osobowych i nie wiążą się z taką automatycznie podejmowaną decyzją.