

**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
opiekuna prawnego

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYWIAD PIELĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....

Imię i nazwisko

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

.....

Adres zamieszkania

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

Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel**/**

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

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

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	..... ..... ..... .....
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;

**PODANIE O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
TPCh „SĄDECKIE HOSPICIUM”**

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 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. (t.j. Dz.U. 2022r. poz. 1755).

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 pacjenta lub opiekuna
prawnego/faktycznego

Potwierdzam brak możliwości złożenia podpisu przez pacjenta:
Podpis lekarza przyjmującego pacjenta

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko faktycznego opiekuna pacjenta

.....
Adres zamieszkania faktycznego opiekuna pacjenta

.....
PESEL faktycznego opiekuna pacjenta

.....
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.

Przyjmuję jednocześnie do wiadomości, że zgodnie z umową zawartą z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy nie otrzyma dofinansowania dla pacjenta, który w skali Barthel uzyskał ponad 40 punktów.

*niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość i data

.....
data i podpis opiekuna prawnego lub
faktycznego

OŚWIADCZENIE PACJENTA
ROZPOCZYNAJĄCEGO OPIEKĘ DŁUGOTERMINOWĄ
w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym TPCZ „Sądeckie Hospicjum”

1.	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług medycznych i pielęgnacyjnych, dokonywania rozliczeń z tego tytułu, a także prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej. 1. Imię/imiona 2. Nazwisko 3. Nazwisko rodowe 4. Stan cywilny 5. Imiona i Nazwiska Rodziców 6. Data i miejsce urodzenia 7. Pesel 8. Wykształcenie 9. Adres zamieszkania 10. Rodzaj, nr i seria dokumentu tożsamości
2.	☐ Upoważniam ☐ nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych: (imię i nazwisko osoby upoważnionej, tel. kontaktowy)
3.	☐ Upoważniam ☐ nie upoważniam nikogo do udostępniania mojej dokumentacji medycznej: (imię i nazwisko osoby upoważnionej, tel. kontaktowy)
4.	Oświadczam, że jestem ubezpieczony przez (płatnik składek):
5.	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.
6.	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.
7.	Wskazano mi możliwość zapoznania się z pozostałymi prawami pacjenta, które mi przysługują.

Miejscowość, data

.....
(Podpis pacjenta lub
opiekuna)

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA

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 :

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu ul. Nawojowska 155A, tel. 531 900 558.

Dane kontaktowe do inspektora danych osobowych są następujące : tel. 531 900 558, e-mail : hospicjum@nowysacz.pl

Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych, w szczególności na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017r. , poz. 1938, z późn. zm.).

Odbiorcą Pana/i danych osobowych będą wyłącznie podmioty posiadające upoważnienie do pozyskiwania danych osobowych na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Pana/i dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby realizacji ustawowych zadań Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu, obrony roszczeń oraz zadań wynikających z ustaw szczególnych, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018r. poz. 217).

Podanie przez Pana/nią danych osobowych związane jest z wymogiem ustawowym wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017r. poz. 1938, z późn.zm.) w związku z odpowiednimi przepisami ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2017r. poz. 1257, z późn.zm.). Niepodanie przez Pana/nią danych osobowych może wpływać na treść rozstrzygnięcia w postępowaniu administracyjnym.

Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetworzenia, prawo do przenoszenia danych (o ile w danym przypadku przysługuje), prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Od czynności podjętych przez Administratora danych osobowych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Przekazane przez Pana/nią dane nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania.