

**Europejskie Centrum  
Opieki Medycznej i Pomocy Rodzinie  
„CARE” Sp. z o.o.**

95-100 Zgierz, ul. Dubois 17  
tel. (042) 714-10-30 (40) fax. (042) 716-39-73  
REGON 472862954 NIP 732-19-09-887



---

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO/ZAKŁADU  
PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZEGO\***

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*Adres zamieszkania*

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

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis świadczeniobiorcy*

**Do wniosku należy dołączyć:**

- 1. Decyzja ZUS / KRUS**
- 2. Wynik aktualnego prześwietlenia płuc- opis;**
- 3. Zaświadczenie o schorzeniach dermatologicznych -  
dotyczy pacjentów kierowanych z Oddziału Psychiatrii,  
Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego i Domu Pomocy  
Społecznej;**
- 4. Badania: morfologia pełna, badania ogólne, mocz,  
aktualne EKG, karta informacyjna leczenia szpitalnego.**

***Przy przyjęciu pacjent powinien posiadać:***

- 1. Dowód osobisty**
- 2. Dokumentację medyczną dotychczasowego leczenia**
- 3. Informację o aktualnie przyjmowanych lekach**
- 4. Przybory toaletowe, łapcie**
- 5. Strój sportowy - dres (pacjenci rehabilitowani)**

Pieczęć podmiotu  
lecniczego

**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 konsultacji 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)*

**- do zakładu opiekuńczo- leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego\*.**

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu  
lecniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego  
wykonuje zawód w tym podmiocie*

\* Niepotrzebne skreślić.

## Opinia kwalifikacyjna, przedstawiciela zakładu opiekuńczo - leczniczego

NZOL "CARE"  
95-100 Zgierz  
ul. Dubois 17  
tel. (042) 714-10-30

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
*Pieczęć i podpis lekarza*

### Struktura Rodziny

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Nr telefonu kontaktowego
1.					
2.					
3.					
4.					

Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Nr telefonu kontaktowego
1.					
2.					
3.					
4.					

## 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 tracheotomijnej .....

inne niewymienione .....

##### c) oddawanie moczu

- ***samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\****

cewnik .....

inne niewymienione .....

##### d) oddawanie stolca

- ***samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\****

pielęgnacja stomii.....

wykonywanie lewatywy i irygacji .....

O inne niewymienione .....

**e) przemieszczanie pacjenta**  
**- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

O z zaawansowaną osteoporozą .....

O którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności .....

O 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 lekarz*

\* Niepotrzebne skreślić.

**KWALIFIKACJA PIEŁĘGNIARSKA  
DO OBJĘCIA OPIEKĄ W ZAKŁADACH OPIEKUŃCZO - LECZNICZYCH I  
PIEŁĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZYCH**

1.

Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel .

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

LP	Nazwa czynności */	Wartość punktowa **/
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść( karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię), 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 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 sadzaniu 5 = pomoc fizyczna w jedną lub dwie osoby 10 = samodzielny.	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych, 5 = potrzebuje pomocy przy wykonaniu czynności higienicznych, 10= samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 = nie korzysta z toalety w ogóle 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = samodzielny w dotarciu do WC oraz zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby).	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 = kąpiel w wannie przy pomocy podnośnika, 5 = wymaga pomocy, 10 = samodzielny.	
6.	<b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)</b> 0 = nie porusza się w ogóle 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby, 10 = samodzielny, niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego, na odległość > 50m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. ... laski > 50 m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 = nie jest w stanie wchodzić po schodach nawet przy pomocy, 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji, 10 = samodzielny.	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się.</b> 0 = potrzebuje kompletnej pomocy, 5 = potrzebuje częściowej pomocy, 10 = samodzielny, niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca, 5 = sporadyczne bezwiedne oddanie stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu, 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu.	
<b>Wynik kwalifikacji ***/</b>		

**UWAGA! DOTYCZY PKT. 1 Przy karmieniu sondą prosimy o podanie zastosowanej diety przemysłowej, nazwę preparatu oraz dawkowanie.**

.....  
Podpis pielęgniarki

\*/ w punktach od 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić,  
\*\*/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości, \*\*\*/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

2.

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			

**UWAGA! Przy karmieniu sondą prosimy o podanie zastosowanej diety przemysłowej, nazwę preparatu oraz dawkowanie.**

3.

**Adres i nazwa Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej do której należy wnioskodawca:**

.....  
.....

.....  
*Data i podpis, pieczęć pielęgniarki*



# WYSTĘPOWANIE ODLEŻYN

1. Umieszczenie:.....

.....

2. Proszę zakreślić stopień odleżyny.

**Stopień I.** Nie blednący rumień nie uszkodzonej skóry, zwiastujący powstawanie owrzodzenia. Nie wolno go mylić z reaktywnym przekrwieniem.

**Stopień II.** Zajęcie niepełnej grubości skóry z uszkodzeniem naskórka i warstwy skóry właściwej.

**Stopień III.** Uszkodzenie lub martwica całej grubości skóry łącznie z tkanką podskórną, która się może szerzyć aż do powięzi, ale nie sięga pod nią.

**Stopień IV.** Rozległe zniszczenie całej grubości skóry, martwica tkanek, a także uszkodzenia w tej okolicy mięśni, kości lub innych struktur anatomicznych.

.....

*Podpis pielęgniarki*

## OŚWIADCZENIE\*

Ja niżej podpisany/a ..... upoważniam do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej i kontaktu z lekarzami w sprawie informacji o stanie mojego zdrowia Pana/Panią:

.....PESEL:.....

*Imię i nazwisko (wpisać stopień pokrewieństwa, np. syn, mąż, lub osoba obca)*

Zgierz, dnia ..... ..

Podpis składającego oświadczenie

\*Powyższe upoważnienie zachowuje ważność także w przypadku śmierci pacjenta.

---

## OŚWIADCZENIE\*

Ja niżej podpisany/a ..... nikogo nie upoważniam do wglądu w moją dokumentację medyczną oraz do jej odbioru.

Zgierz, dnia ..... ..

Podpis składającego oświadczenie

\*Powyższe upoważnienie zachowuje ważność także w przypadku śmierci pacjenta.

## REGULAMIN ZAKŁADU OPIEKUŃCZO LECZNICZEGO „CARE” (WYCIĄG)

1. Sekretariat i depozyt rzeczy wartościowych czynny jest dla klientów od poniedziałku do piątku w godzinach 8<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup>, kasa czynna od poniedziałku do piątku w godzinach 8<sup>00</sup> – 14<sup>00</sup>.
2. W dniu przyjęcia Pacjenta do zakładu obowiązkowe jest:
  - **obecność członka rodziny lub opiekuna pacjenta z dowodami tożsamości.**
  - dostarczenie dotychczasowej dokumentacji medycznej (ksero kart wypisowych ze szpitala, wyników badań diagnostycznych, informacji o leczeniu farmakologicznym).
  - **wniesienie opłaty za pobyt pacjenta gotówką za cały miesiąc z góry.**
3. **W dniu przyjęcia emerytura Pacjenta zostaje przekierowana pismem do ( ZUS, KRUS ) na adres Placówki.**
4. **Depozyty Pacjentów przekazywane są na wskazane konto pacjenta / osoby upoważnionej / uprawnionej do 10 dnia następnego miesiąca.**
5. W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym w trakcie jego pobytu w tym zakładzie opiekuńczym, obliczając opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza zakładem opiekuńczym opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.
6. **W przypadku wypisu bądź zgonu Pacjenta koniecznym jest uregulowanie zaległości opłat za pobyt.**
7. Za niewykorzystane osobodni następuje zwrot pieniędzy w ciągu 14 dni od daty wypisu pacjenta.
8. Pacjent powinien posiadać: środki higieny osobistej (**uzupełniane na bieżąco**):
  - **Zestaw toaletowy: szczoteczka, pasta do zębów (naczynie do protez, środek do czyszczenia protez), 2 gąbki, plastikowa miska, mydło w płynie, 2 ręczniki zwykłe, 1 ręcznik kąpielowy, przybory do golenia: maszynka, krem, pędzel, chusteczki jednorazowe wilgotne oraz zwykłe, szampon do włosów, dezodorant, oliwka do ciała, wkładki higieniczne.**
9. Rzeczy osobiste - nowe, w jasnych kolorach: **pidżama bawelniana rozpinana 2 szt./ kwartał, podkoszulka z długim i krótkim rękawem 1szt./kwartał, skarpety 2 pary/kwartał, pantofle z tworzywa sztucznego lub klapki (łatwe do mycia), dres rozpinany bawelniany w zależności od potrzeb oraz obuwie 1 para/pół roku, kubek do picia z dzióbkiem, bandaż elastyczny 2szt./kwartał.**
10. **Brak rzeczy osobistych przy przyjęciu skutkuje zakupem ich przez Zakład na koszt pacjenta.**
11. Rodzina zobowiązana jest do wymiany prywatnej bielizny pacjenta.
12. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe pacjenta, które nie zostały zostawione w depozycie.
13. Zakład Opiekuńczo- Leczniczy nie wyraża zgody na dodatkowe zabiegi, konsultacje oraz rehabilitację która nie została zlecona przez lekarza prowadzącego.
14. Za ewentualne zniszczenia przedmiotów, rzeczy będących własnością ZOL przez pacjenta odpowiedzialność finansową ponosi sam pacjent / rodzina.
15. Odwiedziny pacjenta odbywają się codziennie w godzinach 10<sup>00</sup> – 20<sup>00</sup>.
16. Wyjście pacjenta na przepustkę odbywa się tylko za zgodą lekarza prowadzącego - po wcześniejszym ustaleniu w sekretariacie placówki.
17. W przypadku wypisu pacjenta z Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego:
  - a) do szpitala, w którym pobyt przekracza 15 dni należy uzgodnić z Zakładem datę ponownego przyjęcia,
  - b) do domu lub innych placówek należy złożyć ponownie wniosek pacjenta do powtórnego przyjęcia do placówki.
18. Obowiązek zgłoszenia płatnikowi świadczenia (ZUS, KRUS i inne), informacji o wypisie pacjenta z ZOL- u leży po stronie świadczeniobiorcy lub rodziny/opiekunów.
19. W trakcie nieobecności fizjoterapeuty (od pierwszego dnia) obowiązują zastępstwa. W przypadku dużej absencji personelu fizjoterapeutycznego o przydziale pacjentów decyduje koordynator rehabilitacji po konsultacji z lekarzem kierującym.
20. Szczegółowe przepisy o prawach i obowiązkach pacjenta znajdują się w Regulaminie Zakładu i Karcie Praw pacjenta.
21. Regulamin, Karta Praw Pacjenta oraz księga skarg i wniosków znajduje się w punkcie pielęgniarskim na każdym piętrze oraz w sekretariacie i Izbie Przyjęć.

.....  
Zapoznałam/łem się z powyższym regulaminem i akceptuję jego warunki.

# WYCIĄG Z DOWODU OSOBISTEGO

1. NAZWISKO.....
2. IMIĘ (IMIONA).....
3. NAZWISKO RODOWE.....
4. IMIONA RODZICÓW.....
5. DATA I MIEJSCE URODZENIA.....
6. ADRES ZAMELDOWANIA.....  
.....
7. PESEL.....
8. SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO.....
9. DATA WYDANIA / WAŻNOŚCI.....
10. ORGAN WYDAJĄCY.....

Dane zawarte w niniejszym wyciągu są zgodne z oryginałem dowodu osobistego.

Zgierz, dnia.....

.....  
(podpis osoby sporządzającej wyciąg)