

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

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
*(imię i nazwisko pacjenta)*

.....  
*(adres zamieszkania pacjenta, kod pocztowy, miejscowość/ulica, numer domu)*

.....  
*(powiat, województwo)*

.....  
*(Numer PESEL pacjenta, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)*

.....  
*(nr kontaktowy do opiekuna, stopień pokrewieństwa)*

Brodnica,.....  
*(data)*

.....  
*(podpis pacjenta)*

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-  
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 pielęgniacyjno-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.

**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** - **tak/nie**  
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.

Brodnica, dnia .....

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25.06.2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo –lecznicych i pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art.18 i art.33 a , ja niżej podpisany /a

.....  
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)  
wyrażam zgodę na potrącenie z pacjenta emerytury / renty, który będzie przebywać w zakładzie kwoty 70% i przekazywanie na konto Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brodnicy na numer konta : 78 1560 0013 2501 2281 0000 0001 z tytułu pobytu w zakładzie

.....  
(imię i nazwisko pacjenta, pesel, stopień pokrewieństwa wobec pacjenta)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna, numer PESEL)

Oświadczenie złożono w obecności :

.....  
.....  
(nazwisko, imię, stanowisko)

.....  
(data ,podpis osoby,która odebrała oświadczenie)

Brodnica, dnia .....

## Oświadczenie Woli

/złożone stosownie do art.70 Kodeksu Cywilnego o przyjęciu zobowiązań wobec Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego w Brodnicy  
Składający Oświadczenie Woli

.....  
(imię,nazwisko,data i miejsce urodzenia opiekuna)

.....  
(miejsce zamieszkania opiekuna)

.....  
(nr i seria dowodu osobistego,nr PESEL opiekuna)

.....  
(numer telefonu opiekuna)

W związku ze skierowaniem do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego wydanego przez lekarza ubezpieczenie zdrowotnego

Pana/Pani\* .....

(imię i nazwisko pacjenta)

Działając jako osoba sprawująca opiekę za zgodą osoby skierowanej składam oświadczenie woli o przyjęciu przez siebie wobec Zakładu następujących zobowiązań wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.

1. do uiszczenia należnych opłat za pobyt Pana/Pani\* .....

(imię i nazwisko pacjenta)

Za okres od dnia przyjęcia do dnia przekazania pierwszej opłaty za pobyt przez właściwy organ emerytalno – rentowy, który na podstawie zgody osoby skierowanej będzie dokonywał potrącenia opłaty ze świadczenia emerytalno – rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami- najpóźniej w dniu przyjęcia.

2. do uiszczenia należnej opłaty za pobyt Pana /Pani\* .....

(imię i nazwisko pacjenta)

3. w Zakładzie w przypadku zgonu w miesiącu kalendarzowym, za który organ emerytalno – rentowy, zgodnie z odrębnymi przepisami nie przekazał Zakładowi opłaty potrąconej ze świadczenia emerytalno – rentowego/dot.sytuacji wygaśnięcia prawa do świadczenia z dniem zgonu

Do spełnienia świadczeń wynikających z w/w.przyjętych zobowiązań zobowiązuje się osobiście

.....  
(imię i nazwisko opiekuna, stopień pokrewieństwa)

Zobowiązany.

/ Za Zakład/

\*zaznacz właściwe

Brodnica, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

.....

.....  
(adres zamieszkania pacjenta)

.....  
(PESEL pacjenta)

Do ZUS/KRUS\* w .....  
(gdzie?)

**Dotyczy nr świadczenia :** .....

### Oświadczenie

W związku z regulowaniem przez ZUS/KRUS obowiązku zapłaty za mój pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno –Opiekuńczym Zespołu Opieki Zdrowotnej Brodnica ul. Wyspiańskiego 6 proszę o przekazanie pozostałej części renty /emerytury na adres domowy lub numer konta :

.....  
(konto pacjenta lub adres, na który przychodzi świadczenie)

.....  
(data)

.....  
(podpis pacjenta)

.....  
(podpis opiekuna)

\*niewłaściwe skreślić

Brodnica, dnia .....

## OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....  
(imię i nazwisko opiekuna, seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu)

.....  
(adres zamieszkania osoby odbierającej)

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania

.....  
(stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko pacjenta)

**po zakończonym pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Zespołu Opieki Zdrowotnej 87-300 Brodnica ul. Wyspiańskiego 6**

Jednocześnie oświadczam, że zostałem /łam poinformowany /a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta ilości punktów w ocenie skali opartej na Skali Barthel oraz o tym, że jeżeli punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez NFZ, a pacjent zostanie wypisany na wskazany poniżej adres.

Niewywiązanie się z powyższego skutkuje poniesieniem przeze mnie 100% dalszych kosztów pobytu i przewozu.

.....  
(adres osoby składającej oświadczenie)

.....  
(data, czytelny podpis opiekuna)