

**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

.....  
Podpis 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 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** .....

**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"

**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 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.

# KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM<sup>1</sup>

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania .....

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

## Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

l/p	Czynność <sup>3</sup>	Wynik <sup>4</sup>
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>Utrzymanie 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 trochę pomocy , ale może zrobić coś 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- spacer 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 i rozbieranie się</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> 0- nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5- czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10- panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0- nie panuje nad oddawaniem moczu, lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5- czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10- panuje, utrzymuje mocz	
	<b>Wynik kwalifikacji<sup>5</sup></b>	

.....  
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego  
albo pielęgniarki ZOL

1. Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel.”

2. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie za zgodą.

3. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

4. W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

5. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

**Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga\* skierowania do zakładu  
opiekuńczego/dalszego pobytu\* w zakładzie opiekuńczym**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza ZOL

## **ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **WYKAZ ORAZ DAWKOWANIE LEKÓW PRZYJMOWANYCH PRZEZ PACJENTA**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **Dodatkowe informacje dla Zakładu:**

- Imię i nazwisko panieńskie rodziców osoby starającej się o przyjęcie do Zakładu:  
.....
- Poprzedni adres zamieszkania:  
.....
- Jeżeli osoba starająca się o przyjęcie jest w związku małżeńskim proszę podać imię i nazwisko panieńskie żony:  
.....
- Czy wobec osoby starającej się o przyjęcie do zakładu ciąży jakiekolwiek zobowiązanie (komornik, alimentacja itp.)?:  
.....
- Adres przychodni lekarskiej, w której osoba starająca się o przyjęcie ma założoną kartę:  
.....
- Czy istnieją dodatkowe dochody z tytułu emerytury lub renty np. dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny, dodatek kombatancki itp.?:  
.....
- Czy osoba starająca się o przyjęcie do Zakładu przebywała lub była leczona w poradni zdrowia psychicznego?  
.....
- Czy osoba starająca się o przyjęcie do Zakładu przebywała/przebywa w innej placówce całodobowej (ZOL, DPS, DDP itp.), jeśli tak to jakiej i gdzie:  
.....
- Czy występuje nałóg (alkohol, narkotyki, nikotyna itp.)?:  
.....