

Dnia.....

**Urząd Marszałkowski
Województwa Pomorskiego
Departament Zdrowia
ul. Okopowa 21/27
80-810 Gdańsk**

Wniosek

Zgodnie z treścią Rozporządzenia MziOS z dnia 30-12-1998r w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo - leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz.U Nr 166 poz.1265) zwraca się z prośbą do Zarządu Województwa Pomorskiego o wyrażenie zgody na

pobyt Pana /i

adres zamieszkania

w zakładzie opiekuńczo- leczniczym, hospicyjno - paliatywnym* przy szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie.

Uzasadnienie

Wyżej wymieniony /a pacjent /ka obecnie przebywająca w zakładzie opiekuńczo - leczniczym, nadal wymaga całodobowej opieki pielęgniarzkiej oraz kontroli leczenia podtrzymującego. Zapewnienie tej opieki przez rodzinę lub pomoc społeczną w miejscu zamieszkania jest niemożliwe, dlatego wnosimy o przedłużenie pobytu pacjenta /ki w zakładzie opiekuńczo leczniczym.

Do wniosku załączono jako załączniki:

- > Podanie pacjenta
- > Opinia lekarska - konsultanta
- > Zaświadczenie lekarskie oświadczenie pacjenta z zajęciach sądowych lub innych
- > Oświadczenie / przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego
- > Wywiad pielęgniarzki
- > Decyzja organu emerytalno- rentowego, decyzja o przyznaniu zasiłku stałego, wyrównawczego, renty socjalnej*

* właściwe podkreślić

....., dnia

OŚWIADCZENIE

Ja legitymujący /a się Dowodem Osobistym
seria Nr PESEL Urodzony/na
..... syn/córka

Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym Psychiatrycznym
począwszy od dnia przyjęcia oraz:

1. na potrącanie wypłaty za pobyt w w/w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia emerytalnego/rentowego (decyzja z dnia nr)
2. do odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej (decyzja z dnia) przez w/w Zakład, tytułem wyżywienia i zakwaterowania w wysokości określonej w art. 34a ustawy z dnia 30.08.1991 r. O zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91 poz. 408 z późn. zm.)
3. świadczenie emerytalne, rentowe, zasiłku stałego, wyrównawczego, renty socjalnej, nie podlega zajęciu sądowemu, bankowemu lub innym wierzycielom.

..... dnia
(podpis)

Zaświadczenie lekarskie

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Psychiatrycznego

rok urodzenia adres

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost..... ciepłota

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

2. Układ oddechowy

3. Układ krążenia: wydolny- niewydolny*, ciśnienie krwi tętno/ min,

4. Układ trawienia

5. Układ moczowo – płciowy.....

6. Układ ruchu oraz stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza)

.....

.....

9. Schorzenia współistniejące*

a) choroba zakaźna tak — nie, jeśli tak to jaka ?

.....

b) narkomania: tak - nie

c) choroba psychiczna tak - nie, jeśli tak to jaka?

.....

II. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji*

III. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*

wyrażam / nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....

(data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela)

.....

(data, pieczęć i podpis lekarza)

**właściwe podkreślić*

Wywiad pielęgniariski

Część 1. Sytuacja rodziny

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia
Pozostali członkowie rodziny					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia

Część 2. Sytuacja mieszkaniowa osoby ubiegającej się o przydzielenie do zakładu

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej					liczba pkt.
Oddzielne mieszkanie	0	Oddzielny pokój	2	Pokój wspólny z innymi osobami	3
Usytuowanie mieszkania parter	0	Powyżej parteru z windą	2	Powyżej parteru bez windy	3
Ogrzewanie CO	0	Ogrzewanie węglowe	2	Brak stałego ogrzewania	3
Pełny dostęp do łazienki	0	Ograniczony dostęp do łazienki	2	Brak łazienki	3
Pełny dostęp do WC	0	Ograniczony dostęp do WC	2	Dostęp do WC poza budynkiem	3
Pełny dostęp do kuchni	0	Ograniczony dostęp do kuchni	2	Brak dostępu do kuchni	3
Warunki higieniczne bardzo dobre (mieszkanie/ pokój* czyste, suche, widne, przestronne)	0	Warunki higieniczne zadawalające (mieszkanie/ pokój* dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne)	2	Warunki higieniczne złe (mieszkanie/ pokój* zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni)	3
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nie przystosowane	3

- a) sytuacja b. dobra: 0-4pkt kategoria A
- b) sytuacja zadawalająca: 5-10pkt kategoria B
- c) sytuacja zła: 11-25pkt kategoria C

*właściwe podkreślić

Część 3. Ocena wydolności opiekuńczej rodziny/ środowiska

<i>Zakres sprawowanej opieki</i>	<i>Kategoria*</i>
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych	C

Część 4. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<i>Zakres wymaganej opieki</i>	<i>Kategoria*</i>
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgnarskiej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgnarskiej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgnarskiej	C

Łącznie uzyskane kategorie w częściach 2-4:

--	--	--

.....
(podpis pielęgnarki przeprowadzającej wywiad)

.....
(data)

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela
ustawowego*

Wyrażam /nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących
osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela)

**właściwe podkreślić*

Informacja dla rodziny

Zgodnie z wytycznymi NFOZ, pacjent może przebywać z Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym Psychiatrycznym może przebywać bezterminowo. Po zakończeniu pobytu, chory zostanie przekazany pod opiekę rodziny.

Imię i nazwisko

(rodzina, opiekun prawny)

.....

Adres

(gdzie chory po zakończonym pobycie będzie przebywał)

.....

.....
Podpis
(osoby składającej skierowanie)

Kościerzyna, dnia.....

Imię i nazwisko

Miejsce zamieszkania

Oświadczam że zostałam/em powiadomiony o wstrzymaniu dodatku (zasiłku)
pielęgnacyjnego w trakcie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicy
Psychiatrycznym.

Zobowiązuję się do powiadomienia ZUS-u o dacie przyjęcia i wypisu chorego.

***Komplet dokumentacji do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Dzierżąźnie
powinien zawierać następujące dokumenty:***

- Podanie pacjenta
- Opinia lekarska - konsultanta
- Zaświadczenie lekarskie oświadczenie pacjenta z zajęciach sądowych lub innych
- Oświadczenie / przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego
- Wywiad pielęgniarzki
- Decyzja organu emerytalno- rentowego, decyzja o przyznaniu zasiłku stałego, wyrównawczego, renty socjalnej*