

Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy
w Dzierżąźnie
ul. Szpitalna 36
Tel. 058/681-07-86 wew.343

INFORMACJA W SPRAWIE SPOSOBU I TRYBU KIEROWANIA PACJENTÓW DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

1. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy przyjmuje osoby ,których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych ,a nie wymagające hospitalizacji.
2. Osoby ubiegające się o skierowanie muszą być ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia.
3. Z wnioskiem o przyjęcie do ZOL , może wystąpić osoba ubiegająca się o skierowanie, jej przedstawiciel ustawowy lub za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego ,inna osoba lub zakład opieki zdrowotnej.
4. Dokumenty stanowiące podstawę do kwalifikacji powinny zawierać;
 - A) Wniosek o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicygo
 - B) Zaświadczenie lekarskie stwierdzające ,iż osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej opieki i nie wymaga hospitalizacji (druk w załączeniu)
 - C) Wywiad pielęgniarzki przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskową, rodzinną lub pielęgniarkę ZOZ ,w którym osoba ubiegająca się o skierowanie przebywa (druk w załączeniu)
 - D) Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu (decyzja ZUS, ostatni odcinek renty/emerytury) osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu oraz oświadczenie, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL, nie są objęte ani obciążone prawami osób trzecich.
 - E) Kwalifikację pielęgniarzka – Karta oceny stanu samoobsługi pacjenta (druk w załączeniu)
 - F) Skierowanie do ZOL w książeczce RUM (wystawia lekarz rodzinny lub opiekujący się aktualnie w Szpitalu)
 - G) Wcześniejsza dokumentacja medyczna (karty informacyjne)
 - H) Badania dodatkowe potwierdzające stan pacjenta i rozpoznanie (morfologia, OB, mocz, cukier, mocznik/kreatynina, AspAT, ALAT, RTG klatki, EKG z opisem, MRI/TK, w przypadku odleżyn wymaz z rany).
5. Pobyt w Zakładzie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy ma charakter okresowy.
6. Odpłatność za pobyt w ZOL wynosi 70% świadczenia emerytalnego bądź rentowego.

Od 01-08-2008 płatności za pobyt pacjentów przebywających w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicy, należy dokonywać na konto Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie:

Bank DnBNORD Polska S.A. Nr konta: 94 2190 0002 3000 0048 3043 0103

Jako tytuł przelewu za pobyt w ZOL należy wpisać imię i nazwisko osoby przebywającej na oddziale.

Dzierżążno, dnia

DANE OSOBOWE i KONTAKOWE

Proszę o podanie dokładnych danych pacjenta oraz danych kontaktowych rodziny pacjenta lub opiekuna prawnego. Dane są niezbędne do celów statystycznych i rozliczeniowych z NFZ oraz nawiązania kontaktu z rodziną w kwestiach dotyczących pacjenta.

.....
Pacjent - imię i nazwisko:

.....
Rodzice pacjenta - imię i nazwisko

.....
Miejsce urodzenia pacjenta

.....
Stan cywilny pacjenta

.....
Imię i nazwisko osoby do kontaktu

.....
Adres i telefon osoby do kontaktu