



DOM DLA SENIORA NA LEŚNEJ

32-310 Klucze, Jaroszowiec ul. Leśna 37A

INFORMACJE DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRZYJĘCIE

Zgodnie z obowiązującymi przepisami do Domu dla Seniora „NA LEŚNEJ” w Jaroszowcu przyjmuje się jedynie Pacjentów, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (zwaną „skalą Barthel”) otrzymali 40 lub mniej punktów. Nie przyjmuje się Pacjentów jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

Przyjęcie do Domu dla Seniora „NA LEŚNEJ” następuje na podstawie następujących dokumentów:

1. Wniosek o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego,
2. Skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego,
3. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie,
4. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego (wg skali Barthel).
5. Decyzja organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury renty albo renty socjalnej lub decyzja o przyznaniu zasiłku stałego

Pobrane dokumenty wypełnia lekarz kierujący do zakładu opiekuńczego oraz pielęgniarka dokonująca wywiadu pielęgniarskiego.

Zgłaszając się do przyjęcia pacjent dostarcza następującą indywidualną dokumentację medyczną:

1. Aktualne RTG płuc (ważne 2 lata) *w przypadku podejrzenia gruźlicy - wynik badania bakteriologicznego płwociny na BK,*
2. karty informacyjne leczenia szpitalnego,
3. EKG,
4. wyniki badań laboratoryjnych: OB, morfologia, badanie ogólne moczu, elektrolity, kreatynina, poziom glukozy, ALAT
5. Antygen HBS
6. Posiew i antybiogram (w przypadku pacjenta z odleżynami)

Dokumenty należy składać w sekretariacie kierownika zakładu.



DOM DLA SENIORA NA LEŚNEJ

32-310 Klucze, Jaroszowiec ul. Leśna 37A

Miejscowość i data

WNIOSEK O PRZYJĘCIE

Nazwisko i imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adres zamieszkania
.....
.....

numer telefonu do kontaktu

Zwracam się z wnioskiem o przyjęcie do Domu Dla Seniora „Na Leśnej” w Jaroszowcu

podpis osoby ubiegającej się o
przyjęcie lub
opiekuna prawnego



DOM DLA SENIORA NA LEŚNEJ

32-310 Klucze, Jaroszewiec ul. Leśna 37A

DANE PERSONALNE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W JAROSZOWCU

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA I MIEJSCE URODZENIA	
ADRES ZAMELDOWANIA	
AKTUALNE MIEJSCE POBYTU	
SERIA I NUMER DOWODU	
NUMER EMERYTURY/RENTY	
NUMER TELEFONU	
IMIĘ I NAZWISKO ADRES, OPIEKUNA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU CHOREGO	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA	
NUMER UMOWY ŚWIAD. ZLECENIODAWCY	
ROZPOZNANIE/ICD10	
IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA KIERUJĄCEGO	
NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	
INSTYTUCJA ZLECAJĄCA	
REGON	PIECZATKA

.....
PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ



DOM DLA SENIORA NA LEŚNEJ

32-310 Klucze, Jaroszewiec ul. Leśna 37A

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

**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.

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”.

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ²	Wynik ³
1.	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 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.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC): 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub < 50m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 – spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się: 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / Zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje moc	
Wynik kwalifikacji ⁴		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹ skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹

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

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego⁵

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego⁵

- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
- 3) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
- 4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów 5) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.



DOM DLA SENIORA NA LEŚNEJ

32-310 Klucze, Jaroszowiec ul. Leśna 37A

Dodatkowe informacje dla Zakładu:

- Imię i nazwisko panięskie 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 panięskie żony:
.....
- Czy wobec osoby starającej się o przyjęcie do zakładu ciąży jakiegokolwiek 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.)?:
.....