



Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

SKIEROWANIE DO ODDZIAŁU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres Zamieszkania

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL, a przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzający tożsamość

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a 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 ODDZIAŁU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

.....
ZŁOTORYJA, data

.....
Podpis lekarza oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie.

*niepotrzebne skreślić

** jeżeli jest wymagana

*** fakultatywnie



KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ODDZIAŁU OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ODDZIALE OPIEKUŃCZYM

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp	Czynność 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	Utrzymywanie 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 < 50 m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 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 się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać 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 mocz	
Wynik kwalifikacji⁵⁾		

.....
(data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki oddziału opiekuńczego-leczniczego)

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 oddziału opiekuńczego-leczniczego)

- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) Mahoney FI, Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel." Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
- 3) W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
- 4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
- 5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów



WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres Zamieszkania

.....
Numer PESEL, a przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

α) Odżywianie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia***
- Karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik.....
- Karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem.....\
- Zakładanie zgłębnika.....
- inne niewymienione.....

β) Higiena ciała

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia***
- W przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheotomijnej.....
- Inne niewymienione.....

γ) Oddawanie moczu

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia***
- Cewnik.....
- Inne niewymienione.....

δ) Oddawanie stolca

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia***
- Pielęgnacja stomii.....
- Wykonywanie lewatyw i irygacji.....
- Inne niewymienione.....

ε) Przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia***
- Z zaawansowaną osteoporozą.....
- Którego stan wymaga szczególnej ostrożności.....
- Inne niewymienione.....

φ) Rany przewlekłe



- Odleżyny.....
- Rany cukrzycowe.....
- Inne niewymienione.....

γ) **Oddychanie wspomagane**.....

η) **Świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami***.....

ι) **Inne**.....

Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel **/**.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki oddziału opiekuńczo-leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do oddziału opiekuńczo-leczniczego

.....
Złotoryja, 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 Nr 52, poz. 419 z późn. zm.) zastępuje ocenę skalą Barthel

***W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisywać „nie ma zastosowania



SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

Imię i Nazwisko

I. Wywiad

Wiek (lata) wzrost (cm) masa ciała (kg) płeć K M

Zmiana masy ciała utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg)(%)

zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:

zwiększenie bez zmian zmniejszenie

Zmiany w przyjmowaniu pokarmów

bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)

Rodzaj diety: zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych

dieta płynna kompletna

dieta płynna hipokaloryczna

głodzenie

Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)

bez objawów Nudności Wymioty Biegunka Jadłowstręt

Wydolność fizyczna

bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)

rodzaj: praca w ograniczonym zakresie:

chodzi leży

Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:

wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby

brak mały średni duży

II. Badania fizykalne

należy określić stopień zaawansowania:

0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki)

utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej

zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)

obrzęk nad kością krzyżową

obrzęk kostek

wodobrzusze

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

prawidłowy stan odżywienia

podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia

wyniszczenie

duże ryzyko niedożywienia.....

podpis i pieczęć lekarza leczącego

podpis i pieczęć pielęgniarki oddziałowej

.....

.....



Załącznik Nr 5 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

SKALA GLASGOW

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL:

Ocenie podlega:

OTWIERANIE OCZU*		Zaznacz			
4 punkty	Spontanicznie				
3 punkty	na polecenie				
2 punkty	na bodźce bólowe				
1 punkt	nie otwiera oczu				
KONTAKT SŁOWNY*					
5 punktów	odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby				
4 punkty	odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany				
3 punkty	odpowiedź nieadekwatna, nie ma lub krzyk				
2 punkty	niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie				
1 punkt	bez reakcji				
REAKCJA RUCHOWA*					
6 punktów	spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych				
5 punktów	ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy				
4 punkty	reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego				
3 punkty	patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)				
2 punkty	patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)				
1 punkt	bez reakcji				
SUMA PUNKTÓW		Zaburzenia przytomności			
GCS:/15	*/4	*/5	*/6	GCS 13-15-lagodne	
				GCS 9-12-umiarkowane	
				GCS 6-8-brak przytomności	
				GCS 5-odkorowanie	
				GCS 4-odmóżdzenie	
				GCS 4-śmierć mózgowa	

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS: 3/4 + 4/5 + 5/6). Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią, tj. od 4 roku życia

Pacjent zakwalifikowany do żywienia dojelitowego.

.....
.....

Podpis, pieczętka pielęgniarki

Podpis, pieczętka lekarza

”



Załącznik nr 6a do Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r.

KARTA KWALIFIKACJI DOROSŁYCH DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: miesiąc: rok:		

Rozpoznanie (wg ICD – 10):		
1.	Ocena stanu odżywienia:	NRS: BMI: % utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach): stężenie białka we krwi:g/l stężenie albumin we krwi:g/l
2.	Wskazania do leczenia żywieniowego:	Przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego: dni <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt <input type="checkbox"/> wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17) bez możliwości odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17 – 18) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 18 bez możliwości odżywiania doustnego > 10 dni <input type="checkbox"/> zwiększony katabolizm <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
3.	Cel leczenia żywieniowego:	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia poprawa <input type="checkbox"/> stanu odżywienia leczenie choroby <input type="checkbox"/> podstawowej lub jej powikłań
4.	Droga podawania:	skuteczne żywienie doustne: możliwe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5.	Dostęp:	zgiębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejunostomia <input type="checkbox"/> inna przetoka Typ cewnika <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> tunelizacja <input type="checkbox"/> cewnik permanentny <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> żyły obwodowe
6.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):	<input type="checkbox"/> nie ma <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
7.	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni
8.	Wynik leczenia:	<input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zły



Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka Sp. z o. o., ul. Hoża 11, 59-500 Złotoryja
tel.: +48 76 8779 574; fax: +48 76 8783 989
sekretariat@szpitalzlotoryja.pl; www.szpitalzlotoryja.pl

9.	Posiew krwi:	w przypadku żywienia drogą żyły głównej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika: <input type="checkbox"/> wynik obecny <input type="checkbox"/> brak
----	---------------------	---

.....
Pieczętka i podpis lekarza leczącego

.....
Pieczętka i podpis członka Zespołu Leczenia Żywieniowego



INFORMACJA DLA PACJENTA /RODZINY/ UBIEGAJACEGO SIĘ O PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

Imię i nazwisko pacjenta.....

Oddział Opiekuńczo-Lecznicy w Złotoryi zwany dalej „ OOL” działa na podstawie: Aktów prawnych, które regulują sposób i tryb kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, o wymaganej dokumentację, sposobów ustalania odpłatności oraz zasad udzielania stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych:

- Do Oddziału Opiekuńczo-Lecznicy przyjmuje się osoby, które ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacji oraz kontynuacji leczenia a nie wymagają hospitalizacji, którzy w ocenie poziomu samodzielności skalą Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej,
- Świadczeniobiorcę do Oddziału Opiekuńczo-Lecznicy przyjmuje się na podstawie wcześniej złożonej dokumentacji (można pobrać ją ze strony internetowej: www.szpitalzlotoryja.pl lub bezpośrednio u Ordynatora OOL.
- W dniu przyjęcia do Oddziału Opiekuńczo-Lecznicy obowiązkowe jest posiadanie przez pacjenta dowodu tożsamości, legitymacji ubezpieczeniowej lub innego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie.
- Pacjent może być wypisany z Oddziału Opiekuńczo-Lecznicy na własne życzenie lub na prośbę osoby upoważnionej. Chęć zabrania pacjenta do domu należy zgłosić na 2-3 dni przed zaplanowanym wypisem.
- Informacje dotyczące stanu zdrowia osoby przebywającej w OOL udzielane są wyłącznie przez lekarza prowadzącego, osobie uprawnionej (**nie udzielamy informacji telefonicznie**).
- W przypadku nieobecności lekarza sprawującego opiekę nad pacjentami Oddziału Opiekuńczo-Lecznicy, opiekę nad pacjentami Zakładu przejmuje lekarz dyżurny oddziału wewnętrznego lub inny, wskazany przez kierownika oddziału wewnętrznego.
- Informacje dotyczące procesu pielęgnacyjnego udzielane są wyłącznie przez pielęgniarkę oddziałową osobie uprawnionej (**nie udzielamy informacji telefonicznie**).
- Wszelkie czynności związane z opieką i pielęgnacją u pacjenta mogą być wykonywane przez rodzinę po poinformowaniu o tym pielęgniarki na dyżurze.
- Preferowane jest odwiedzanie pacjentów w godzinach od 12.00 do 19.00 spowodowane jest to wykonywaniem czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych u pacjentów oraz czynnościami porządkowymi na terenie Oddziału.
- Oddział Opiekuńczo-Lecznicy nie ponosi odpowiedzialności za zagubione lub zniszczone przez pacjenta rzeczy osobiste, ubrania, aparaty słuchowe, protezy zębowe biżuterię a także pieniądze pozostawione pacjentowi- nieoddane do depozytu.
- Na terenie Zakładu obowiązuje bezwzględny zakaz palenia papierosów i picia alkoholu pod groźbą natychmiastowego wypisania pacjenta.



Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka Sp. z o. o., ul. Hoża 11, 59-500 Złotoryja

tel.: +48 76 8779 574; fax: +48 76 8783 989

sekretariat@szpitalzlotoryja.pl; www.szpitalzlotoryja.pl

- Pacjent może przebywać poza terenem Oddziału Opiekuńczo-Leczniczego (na terenie Szpitala- w obrębie ogrodzenia) z osobą odwiedzającą po uprzednim uzgodnieniu z pielęgniarką pełniącą dyżur. Natomiast podczas posiłku i zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych powinien przebywać na terenie Oddziału.
- Zabrania się przynoszenia i podawania pacjentom pożywienia oraz dokarmiania innych chorych bez uzgodnienia z personelem Oddziału.
- Pacjent powinien posiadać zestaw toaletowy (przybory do higieny jamy ustnej, 2 gąbki, mydło w płynie, szampon do włosów, cążki do obcinania paznokci, przybory do golenia, chusteczki jednorazowe, dezodorant, oliwkę lub balsam do ciała), ręczniki, piżamę/ koszulę nocną. Wymienione powyżej przybory powinny być uzupełniane na bieżąco.
- Bieliznę osobistą-prywatną pacjenta można pozostawić do prania w Oddziale, (po uprzednim podpisaniu jej przez rodzinę), przy czym Oddział nie odpowiada za stan bielizny wracającej z pralni. Pacjent pokrywa miesięczny koszt prania w wysokości 120.00 zł brutto.
- Oddział nie wyraża zgody na dodatkowe usługi, konsultacje oraz rehabilitację, która nie została zlecona przez lekarz prowadzącego.
- Za ewentualne zniszczenia przedmiotów rzeczy będących własnością Szpitala Powiatowego im. A. Wolańczyka w Złotoryi Sp. z o.o. przez pacjenta odpowiedzialność finansową ponosi sam pacjent/rodzina.

Nr kontaktowe: **Szpital Powiatowy im A. Wolańczyka sp. z o.o. – 76 8779 574**

· **Ordynator OOL – 76 8779 558**

· **Dyżurka pielęgniarek - 76 8779 558**

· **Biuro Rzecznika Praw pacjenta w Warszawie, ul. Młyńska 46, 01-Warszawa – 800-190 590, (22) 532-82-50**

· **Specjalista ds Praw Pacjenta -76.....**

· **Sekretariat Szpitala – 76 8779 507**

· **Dyrektor do Spraw Lecznictwa – 76 8779 606**

.....
(podpis czytelny pacjenta lub rodziny)



Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka Sp. z o. o., ul. Hoża 11, 59-500 Złotoryja

tel.: +48 76 8779 574; fax: +48 76 8783 989

sekretariat@szpitalzlotoryja.pl; www.szpitalzlotoryja.pl

Załącznik Nr 7 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA
DO ODDZIAŁU OPIEKUŃCZO LECZNICZEGO w ZŁOTORYI**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres Zamieszkania

.....
Numer PESEL, a przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Złotoryja , data

.....
Podpis świadczeniobiorcy



Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka Sp. z o. o., ul. Hoża 11, 59-500 Złotoryja

tel.: +48 76 8779 574; fax: +48 76 8783 989

sekretariat@szpitalzlotoryja.pl; www.szpitalzlotoryja.pl

Załącznik Nr 8 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres)

.....
(nr dowodu osobistego, PESEL)

PEŁNOMOCNICTWO

Stosownie do dyspozycji wynikającej z art. 32 i 33 § 1 i 2 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 (Dz. U. Z 2000 Nr 98, poz. 1071 ze zm.) Kodeks postępowania administracyjnego, niniejszym

udzielam pełnomocnictwa

.....
(imię i nazwisko pełnomocnika i stopień pokrewieństwa)

.....
(adres)

.....
(nr dowodu osobistego, PESEL)

do reprezentowania mnie przed organami administracji publicznej w sprawie dot. skierowania do Oddziału Opiekuńczo – Leczniczego, Szpitala Powiatowego im. A. Wolańczyka w Złotoryi Sp. z o.o. jak również do odbioru świadczeń emerytalnych, rentowych, zasiłków itp. oraz wszelkich pism i korespondencji oraz do składania wszelkich wniosków i oświadczeń, które w zakresie udzielonego pełnomocnictwa okażą się niezbędne.

Jednocześnie oświadczam, że niniejsze pełnomocnictwo zostaje udzielone na czas nieokreślony, a jego odwołanie może nastąpić bez podania przyczyny w każdym czasie.

.....
Złotoryja, data

.....
(Podpis pacjenta)



Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka Sp. z o. o., ul. Hoża 11, 59-500 Złotoryja

tel.: +48 76 8779 574; fax: +48 76 8783 989

sekretariat@szpitalzlotoryja.pl; www.szpitalzlotoryja.pl

Załącznik Nr 9 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
(imię i nazwisko osoby odbierającej)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

po zakończonym pobycie w Oddziale Opiekuńczo – Lecznicy w Szpitalu Powiatowym im. A. Wolańczyka w Złotoryi Sp. z o.o. w terminie wskazanym przez Szpital.

W przypadku nie wykonania tego obowiązku zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów związanych z nadterminowym pobylem pacjentki/a.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Oddziale Opiekuńczo - Lecznicy Szpitala Powiatowego im. A. Wolańczyka w Złotoryi Sp. z o. o. jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta ilości punktów w ocenie w/g skali opartej na Skali Barthel oraz o tym, że jeżeli ta punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez DOW NFZ we Wrocławiu, a pacjent zostanie wypisany z OOL w Złotoryi.

.....
(czytelny podpis osoby upoważnionej)



Załącznik Nr 10 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

....., dnia

(imię i nazwisko pacjenta)

.....

(adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Oddziale Opiekuńczo - Leczniczym przy Szpitalu Powiatowym im. A. Wolańczyka w Złotoryi w Sp. z o.o. przez właściwy organ emerytalno- rentowy z mojego świadczenia.

Pozostałą kwotę mojego świadczenia i korespondencję proszę przesyłać na wskazaną osobę i podany poniżej adres:

.....

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania

Opłata naliczana będzie zgodnie z art. 18 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027) oraz § 8 pkt.3, ppkt.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r.- (Dz.U. z 2012r. poz.731) Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

.....

(podpis pacjenta)



Załącznik Nr 11 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Oddziału.

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko pełnomocnika)

.....
(adres zamieszkania)
.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zobowiązuję się do:

1. opłacenia rachunku(ów) za pobyt w Oddziale Opiekuńczo - Leczniczym przy Szpitalu Powiatowym im. A. Wolańczyka w Złotoryi sp. z o.o. za okres od dnia przyjęcia do Zakładu do dnia poprzedzającego przejście płatności przez właściwy organ emerytalno – rentowy.
Płatności, o których mowa wyżej, dokonywać będę bezpośrednio w kasie Szpitala bądź przelewem na konto Szpitala.
2. w przypadku nieuregulowania należności w terminie wskazanym w fakturze nastąpi cofnięcie decyzji wydanej na pobyt pacjenta w zakładzie oraz dochodzenie zapłaty na drodze postępowania sądowego.
3. niezwłocznego – osobistego lub przez ustanowionego pełnomocnika - informowania Szpitala Powiatowego im. A. Wolańczyka w Złotoryi sp. z o.o. o każdej zmianie decyzji emerytalno - rentowej.

Uwaga:

Opłata naliczana będzie zgodnie z art. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tekst jedn. Dz. U. Z 2008 r. Nr 164, poz. 1027) oraz Rozporządzenia M.Z. z dnia 25.06.2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. nr 12, poz.731) Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej

.....
(podpis pełnomocnika)



Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka Sp. z o. o., ul. Hoża 11, 59-500 Złotoryja

tel.: +48 76 8779 574; fax: +48 76 8783 989

sekretariat@szpitalzlotoryja.pl; www.szpitalzlotoryja.pl

Załącznik Nr 12 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

W sytuacji, gdy rodzina sama chce opłacać pobyt pacjenta w ZOL należy wypełnić poniższe oświadczenie.

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko pełnomocnika)

.....
(adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zobowiązuję się do:

1. opłacenia rachunku(ów) za pobyt w Oddziale Opiekuńczo - Lecznicy przy Szpitalu Powiatowym im. A. Wolańczyka w Złotoryi Sp. z o. o pobyt :

Pana/i.....

zam...... , **PESEL:**

2. Płatności, o których mowa wyżej, dokonywać będę bezpośrednio w kasie Szpitala bądź przelewem na konto Szpitala Powiatowego im A. Wolańczyka w Złotoryi Sp. o.o.

3. w przypadku nieuregulowania należności w terminie wskazanym w fakturze nastąpi cofnięcie decyzji wydanej na pobyt pacjenta w zakładzie oraz dochodzenie zapłaty na drodze postępowania sądowego.

4. niezwłocznego – osobistego informowania Szpitala Powiatowego im A. Wolańczyka w Złotoryi Sp. o.o. o każdej zmianie decyzji dotyczącej płatności.

.....
(podpis pełnomocnika)



Załącznik Nr 13 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

.....
(imię i nazwisko pełnomocnika)

..... dnia

.....
(adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Szpitala Powiatowego im A. Wolańczyka w Złotoryi sp. z o.o. o wszelkich zmianach zaistniałych w sytuacji życiowej osoby starającej się o skierowanie do Oddziału Opiekuńczo-Leczniczego , w szczególności o pobycie w innym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, Ośrodku Pomocy Społecznej, rezygnacji z umieszczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, prośbie o umieszczenie w późniejszym terminie czy też zgonie.
- Zostałem/am poinformowany/a o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w związku z pobytem w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym (zgodnie z art. 75 ust.4 z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych tj. Dz. U. z 2004 r. Nr 162, poz. 1118 z późniejszymi zmianami). „Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym lub w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje”.
- Zobowiązuję się do poinformowania właściwy organ emerytalno-rentowy o pobycie w Oddziale Opiekuńczo-Lecznicznym.
- Zobowiązuję się do dołączenia do wniosku aktualnej waloryzacji renty/emerytury oraz kserokopii dowodu osobistego pacjenta/ki.

.....
(podpis pełnomocnika)



Załącznik Nr 14 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do OOL.

..... dnia
(imię i nazwisko pełnomocnika)

.....
(adres zamieszkania)

.....

**ZOBOWIĄZANIE DO PONOSZENIA OPŁATY
ZA PRANIE MIESIĘCZNE W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM
SZPITALA POWIATOWEGO im. A.Wolańczyka Sp. z o.o. w Złotoryi**

Zobowiązuję się do ponoszenia opłaty miesięcznej za pranie **odzieży osobistej pacjenta** w kwocie 120 zł brutto, (słownie: sto dwadzieścia złotych 00/100), pacjentaprzebywającego w Oddziale Opiekuńczo Lecznicznym Szpitala Powiatowego im A. Wolańczyka w Złotoryi Sp. o.o..

.....
(czytelny podpis pełnomocnika lub pacjenta)

1. W przypadku nie wyrażenia zgody na opłatę za pranie odzieży osobistej pacjenta zobowiązuję się do odbierania brudnej odzieży i dostarczania czystej nie rzadziej niż jeden raz w tygodniu.

2.W sytuacji nie odebrania brudnej odzieży automatycznie zostanie pobierana opłata za pranie, a odzież zostanie oddana do pralni.

.....
(czytelny podpis pełnomocnika lub pacjenta)



Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka Sp. z o. o., ul. Hoża 11, 59-500 Złotoryja
tel.: +48 76 8779 574; fax: +48 76 8783 989
sekretariat@szpitalzlotoryja.pl; www.szpitalzlotoryja.pl

Załącznik Nr 15 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....

.....
(PESEL)

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na umieszczenie mojego imienia i nazwiska przy łóżku chorego.

.....
(podpis pacjenta)



Uprzejmie proszę przed przyjęciem pacjenta do OOL-u o podpisanie przez pacjenta/ pełnomocnika *Karty zgody pacjenta na postępowanie medyczne* w części 2 i 3 .

KARTA ZGODY PACJENTA NA POSTĘPOWANIE MEDYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta:

Oddział

Wyrażam zgodę na **umieszczenie swoich danych osobowych** (imienia i nazwiska) w wyznaczonych miejscach identyfikacji, takich jak:

- tablica ruchu chorych, - identyfikator przyłóżkowy, - karta gorączkowa, -inne:.....

Data:..... Podpis pacjenta/pełnomocnika:.....

Wyrażam zgodę na poniższe **procedury medyczne**:

1)wkłucie dożylnie 2)pobieranie krwi do badań 3)podawanie leków doustnych 4)podawanie leków dożylnie i domięśniowo 5)przetaczanie dożylnie płynów 6)podawanie leków doodbytniczo 7)założenie cewnika dopęcherzowego 8)założenie sondy dożołądkowej 9) Inne

Data:..... Podpis pacjenta/pełnomocnika:.....

Wyrażam zgodę na poniższe **zabiegi diagnostyczno-lecznicze**:

*(osobnej zgody wymagają: gastroskopia, rektoskopia, kolonoskopia, punkcja lędźwiowa, punkcja opłucnej, punkcja otrzewnej, punkcja jamy stawowej, kardiowersja w znieczuleniu ogólnym, badanie radiologiczne z podaniem dożylnego środka kontrastowego)

- gastroskopia- (data:..... podpis:

- PEG - (data:..... podpis:

rektoskopia - (data:..... podpis:

- kolonoskopia - (data:..... podpis:

- punkcja lędźwiowa - (data:..... podpis:

- punkcja opłucnej - (data:..... podpis:

- punkcja jamy stawowej - (data:..... podpis:

- punkcja jamy otrzewnej - (data:..... podpis:

..... - (data:..... podpis:

..... - (data:..... podpis:

..... - (data:..... podpis:

Wyrażam zgodę na **toczenie krwi i preparatów krwio pochodnych**:

Data:..... Podpis pacjenta/pełnomocnika:.....

Wyrażam zgodę na proponowane **leczenie operacyjne**:

Data:..... Podpis pacjenta/pełnomocnika:.....

Data:..... Podpis pacjenta/pełnomocnika:.....

*Poinformowano mnie o wskazaniach do operacji, zakresie operacji, sposobie postępowania przedoperacyjnego i pooperacyjnego oraz o korzyściach i potencjalnym ryzyku związanym z takim sposobem leczenia. Zdaję sobie sprawę, że postępowanie operacyjne wiąże się z ryzykiem możliwych powikłań, o których jestem poinformowany/a.

Uwagi pacjenta:.....

Podpis i pieczęć lekarza



Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka Sp. z o. o., ul. Hoża 11, 59-500 Złotoryja
tel.: +48 76 8779 574; fax: +48 76 8783 989
sekretariat@szpitalzlotoryja.pl; www.szpitalzlotoryja.pl

Załącznik Nr 17 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

**OŚWIADCZENIE
PACJENTA / PEŁNOMOCNIKA/OPIEKUNA DOTYCZĄCE
PRZECHOWYWANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH PACJENTA**

Oddział Opiekuńczo-Leczniczy Szpitala Powiatowego im. A. Wolańczyka Sp. z o.o. w Złotoryi nie bierze odpowiedzialności za zagubione lub zniszczone rzeczy osobiste należące do pacjenta, w tym: ubrania, aparaty słuchowe, protezy zębowe, okulary, telefony, dokumenty osobiste oraz środki finansowe pozostawione przy pacjencie.

Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka Sp. z o. o. informuje, że pacjent wymagający całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, na czas pozostawania w Szpitalu ma prawo przechowywać wartościowe rzeczy w depozycie Szpitala zgodnie z Regulaminem prowadzenia depozytu i likwidacji wartościowych rzeczy pacjentów Szpitala Powiatowego im. A. Wolańczyka Sp. z o. o. w Złotoryi, który dostępny jest na tronie szpitala: www.szpitalzlotoryja.pl

W interesie pacjenta/rodziny/opiekuna prosi się o przestrzeganie w/w zasad.

Złotoryja, dnia

.....
Czytelny podpis pacjenta/pełnomocnika



Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka Sp. z o. o., ul. Hoża 11, 59-500 Złotoryja
tel.: +48 76 8779 574; fax: +48 76 8783 989
sekretariat@szpitalzlotoryja.pl; www.szpitalzlotoryja.pl

Załącznik Nr 18 do Zarządzenia Prezesa nr 18/2022

INFORMACJA O DANYCH KONTAKTOWYCH PACJENTA/PEŁNOMOCNIKA

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

Wykaz osób uprawnionych do kontaktu w sprawach ważnych (np. zgon pacjenta)

Lp.	Nazwisko Imię	Adres zamieszkania	Nr telefonu

.....
(podpis pacjenta/pełnomocnika)