

**Instrukcja została opracowana w oparciu  
o następujące akty prawne:**

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2015.618 z póź. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz.U.2016.581 z póź. zm.).
4. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U.2015.163 z póź. zm.).

O przyjęcie oraz wpisanie na listę oczekujących do pobytu w **Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczego** mogą ubiegać się osoby spełniające następujące kryteria:

-wiek: od 18 roku życia,

-otrzymanie przez świadczeniobiorcę w ocenie skalą poziomu samodzielności Barthel 40 punktów lub mniej oraz konieczność udzielania mu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, przy jednoczesnym braku konieczności hospitalizacji w oddziale szpitalnym.

Do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zawnosowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

**DOKUMENTACJA WYMAGANA DO PRZYJĘCIA**

1. Wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego
2. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego
3. Wywiad pielęgniarstwa i zaświadczenie lekarskie
4. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego / Przebywającego w zakładzie opiekuńczym
5. Decyzja organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo reny socjalnej
6. Zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy
7. Decyzji o przyznaniu zasiłku stałego
8. Zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym ze świadczenia wypłacanego przez ten organ
9. Zaświadczenie wydane przez lekarza psychiatrę o braku przeciwwskazań do pobytu w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym oraz możliwości wyrażenia przez pacjenta świadomej zgody na umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.
10. W przypadku pacjenta, który nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody na umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym konieczne jest uzyskanie postanowienia sądu. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej konieczna jest zgoda opiekuna prawnego.

W przypadku gdy sąd opiekuńczy wyda orzeczenie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym nie jest wymagany wywiad pielęgniarski oraz zaświadczenie lekarskie, orzeczenie sądu opiekuńczego stanowi podstawę do umieszczenia świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym.

O kolejności przyjęcia świadczeniobiorcy oraz o przewidywanym terminie przyjęcia do zakładu opiekuńczego informuje Kierownik Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego.

Jeżeli z powodu braku miejsc świadczeniobiorca nie może być przyjęty, w takim przypadku świadczeniobiorca zostaje wpisany na listę osób oczekujących, o terminie przyjęcia do zakładu opiekuńczego świadczeniobiorca zostanie powiadomiony pisemnie.

Miesięczna opłata za pobyt w zakładzie opiekuńczym, obejmująca koszty wyżywienia i zakwaterowania jest ustalana w Sekcji Księgowości Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mońkach.

Opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu świadczeniobiorcy przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

Opłatę ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy, w szczególności:

- decyzji organu rentowego albo emerytalno - rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej
- decyzji o przyznaniu zasiłku stałego

W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym w trakcie jego pobytu w tym zakładzie, obliczając opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni poza zakładem opiekuńczym opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.

## **WZORY DOKUMENTÓW**

1. Wniosek o wydanie skierowania
2. Skierowanie do zakładu
3. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie
4. Karta oceny świadczeniobiorcy
5. Decyzja organu rentowego albo emerytalno –rentowego
6. Decyzji o przyznaniu zasiłku stałego
7. Zgodę świadczeniobiorcy

# WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-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 PIEŁĘGNACYJNO-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-IO (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 tracheostornijnej .....
- 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\*\*/\*\***

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis oraz pieczęć pielęgniarki

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*.

.....  
miejsowość, 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 późno zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

\*\*\*W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO /  
PRZYBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM <sup>1)</sup>**

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

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....  
 Adres zamieszkania.....  
 PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego  
 tożsamość .....  
 .....

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

Lp.	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 sadzaniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 10 – 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 pomocy, ale może coś zrobić 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 – spaceruje 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 moczu	
<b>Wynik kwalifikacji <sup>5)</sup></b>		

.....

.....  
Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga <sup>1)</sup> skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym <sup>1)</sup>

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

.....  
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego

- 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 przepisaną wybranej możliwości
- 5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.



.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

## ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY

.....  
(imię i nazwisko osoby kierowanej do ZOL)

.....  
(adres zamieszkania, pobytu osoby kierowanej do ZOL)

.....  
(PESEL osoby kierowanej do ZOL)

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyzm przez właściwy organ rentowy, emerytarńo – rentowy

.....  
ze świadczenia rentowego, emerytalno-rentowego nr .....

.....  
(czytelny podpis osoby ubiegającej się o skierowanie lub jej przedstawiciela ustawowego)