



ZAKŁAD PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY "CORDA" ul. CHOPINA 29 78-200 BIAŁOGARD
TEL.94 312 26 49,94 312 21 50 e-mail: corda@szpitalbialogard.pl

Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon, kod nazwa komórki organizacyjnej, numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

SKIEROWANIA DO 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-10 (choroba zasadnicza i choroba współistniejąca)

.....
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)

.....
Miejscowość, data

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



ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY "CORDA" ul. CHOPINA 29 78-200 BIAŁOGARD
TEL.94 312 26 49,94 312 21 50 e-mail: corda@szpitalbialogard.pl
KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA
OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ.

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL:.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność	Wynik
1.	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje 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 fizyczna lub słowna 15-samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej: 0-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu, myciu zębów (z pewnymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety: 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0-zależny 5-niezależny 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 fizyczną lub słowną jednej osoby > 50 m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej lub fizycznej 10-samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności samodzielnie 10-niezależny	
9.	Kontrolowanie zwieraczy odbytu: 0-nie panuje nad trzymaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, pełne utrzymanie stolca	
10	Kontrolowanie zwieraczy pęcherza: 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, pełne utrzymanie moczu	
Wynik kwalifikacji pkt		

2. Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga

pielęgniarskiej opieki długoterminowej

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza

.....
Data ,podpis i pieczętka pielęgniarki



ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY "CORDA" ul. CHOPINA 29 78-200 BIAŁOGARD
TEL.94 312 26 49,94 312 21 50 e-mail: corda@szpitalbialogard.pl

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYWIAD PIELĘGNIARSKI

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

- samodzielna/przy pomocy/utrudnienia*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej.....
- inne niewymienione.....

c) oddawanie moczu.

- samodzielna/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



ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY "CORDA" ul. CHOPINA 29 78-200 BIAŁOGARD
TEL.94 312 26 49,94 312 21 50 e-mail: corda@szpitalbialogard.pl

Informacje dodatkowe dla ZPO

Lp	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Informacje dodatkowe dla ZPO

Lp	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nr telefonu świadczeniobiorcy
1		
2		
3		

.....
Data i podpis, pieczęć pielęgniarki



REGIONALNE
CENTRUM MEDYCZNE
W BIAŁOGARDZIE SP. Z O.O.

ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY "CORDA" ul. CHOPINA 29 78-200 BIAŁOGARD
TEL.94 312 26 49,94 312 21 50 e-mail: corda@szpitalbialogard.pl

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

*Niepotrzebne skreślić

Regionalne Centrum Medyczne w Białogardzie Spółka z o.o.

78-200 Białogard ul. Chopina 29, tel. 94 311 37 26, fax 94 311 37 27, e-mail sekretariat@rcm24.pl
NIP 3020002009, REGON 331031257, KRS 0000525422-Sąd Rejonowy w Koszalinie IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, Kapitał zakładowy : 2 520 000 PLN



ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY "CORDA" ul. CHOPINA 29 78-200 BIAŁOGARD
TEL.94 312 26 49,94 312 21 50 e-mail: corda@szpitalbialogard.pl

.....
miejscowość, data

.....
Imię i Nazwisko osoby wpłacającej

.....
adres
.....

.....
numer dowodu osobistego
.....

OŚWIADCZENIE

Zobowiązuje się do pokrywania kosztów pobytu

Pani/a.....
Imię i Nazwisko pacjenta

W Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym ZPO "CORDA"
Regionalne Centrum Medyczne w Białogardzie Spółka z o.o.
w wysokości 70% świadczenia ww. osoby.

.....
czytelny podpis osoby wpłacającej



ZAKŁAD PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY "CORDA" ul. CHOPINA 29 78-200 BIAŁOGARD
TEL.94 312 26 49,94 312 21 50 e-mail: corda@szpitalbialogard.pl

.....
miejsowość, data

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niej podpisana/podpisany*/oświadczam, iż:

1. Zobowiązuje się do pisemnego powiadomienia Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczego "CORDA" w Białogardzie o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej osoby starającej się o skierowanie do ww zakładu, szczególnie o pobycie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodka pomocy społecznej, rezygnacji z umieszczenia w ZPO, ewentualnie prośbie o umieszczeniu w zakładzie w terminie późniejszym, czy też o zgonie.
2. Zostałam/zostałem*/poinformowana/poinformowany*/ o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w związku z przebywaniem w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym zgodnie z art.75 ust.4 ustawy z dnia 17 grudzień 1998r.

O emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tj. Dz.U.z 2004r. Nr 162, poz.1118 z późn.zm.) „Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym lub w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje (...)"

Zobowiązuje się do poinformowania o tym fakcie organ emerytalno-rentowy

.....
czytelny podpis osoby ubiegającej się
o przyjęcie lub ustawowego opiekuna



ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY "CORDA" ul. CHOPINA 29 78-200 BIAŁOGARD
TEL.94 312 26 49,94 312 21 50 e-mail: corda@szpitalbialogard.pl

.....
miejsowość, data

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres
.....

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych oraz do otrzymania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci:

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....
.....

Numer telefonu.....

Nie upoważniam nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci*

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie
do zakładu lub jego ustawowego opiekuna



ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY "CORDA" ul. CHOPINA 29 78-200 BIAŁOGARD
TEL.94 312 26 49,94 312 21 50 e-mail: corda@szpitalbialogard.pl

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA
DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość,data

.....
Podpis świadczeniobiorcy



ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY "CORDA" ul. CHOPINA 29 78-200 BIAŁOGARD
TEL.94 312 26 49,94 312 21 50 e-mail: corda@szpitalbialogard.pl

.....
miejsowość, data

**OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA
Z ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO
"CORDA"**

**Zobowiązuję się do zapewnienia opieki po zakończeniu pobytu Zakładzie
Pielęgnacyjno-Opiekuńczym "CORDA"**

Imię i Nazwisko.....

.....

Adres zamieszkania.....

.....

.....
(czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu
lub opiekuna. Proszę podać stopień pokrewieństwa
Pracownik MOPS/GOPS



ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY "CORDA" ul. CHOPINA 29 78-200 BIAŁOGARD
TEL.94 312 26 49,94 312 21 50 e-mail: corda@szpitalbialogard.pl

**INFORMACJE DOTYCZĄCE LEKARZA RODZINNEGO I PIELĘGNIARKI POZ PACJENTA
PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM "CORDA"**

Pacjent/тка/.....

1. Imię i Nazwisko lekarza rodzinnego.....

.....

2. Adres Zakładu Opieki Zdrowotnej, w którym przyjmuje lekarz rodzinny

.....

.....

3. Imię i Nazwisko pielęgniarki POZ.....

.....

4. Adres Zakładu Opieki Zdrowotnej, w którym przyjmuje pielęgniarka POZ

.....

.....

.....
**(czytelny podpis osoby ubiegającej się o
przyjęcie do zakładu lub opiekuna.
Proszę podać stopień pokrewieństwa)**