

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA  
DO SCHRONISKA AGAPE W BOROWYM MŁYNIE**

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

**Nazwisko i imię** .....

Adres zamieszkania:.....

Pesel:.....

Dowód osobisty

.....

.....

*Miejscowość, data*

.....

*Podpis świadczeniobiorcy*

.....  
(pieczęć ZOZ)

## WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### WYWIAD PIELEŃNIARSKI

#### 1. Dane świadczeniobiorcy:

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania: .....

Pesel: .....

*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 .....
- kwalifikowany do żywienia dojelitowego dietą przemysłową:  tak  nie

##### 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 Stomil .....
- 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 placówki całodobowej opieki.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis oraz pieczęć lekarza)

.....  
*Pieczętka ZOZ*

**SKIEROWANIE  
DO SCHRONISKA W BOROWYM MŁYNIE**

**Niniejszym kieruję:**

**Nazwisko i imię** .....

**adres zamieszkania** : .....

**Pesel:** .....

*Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy*

**Adres do korespondencji** .....

*(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)*

**Nr telefonu i dane osoby do kontaktu** .....

**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)\*\*\*

.....  
*(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.*

## OŚWIADCZENIE *(wypełnia pacjent)*

Ja .....  
legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria ..... Nr .....  
wydanym przez .....

urodzony/a ..... w ..... Pesel: .....

imiona rodziców .....

nazwisko panieńskie .....

zam. ....

telefon kontaktowy: ..... kom: .....

### **Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:**

Panią/a ..... pokrewieństwo .....

zam. ....

telefon kontaktowy: ..... kom: .....

### **wyrażam zgodę na:**

1) pobyt w Schronisku „AGAPE” w Borowym Młynie począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia.

2) potrącanie opłaty za pobyt (*koszty wyżywienia i zakwaterowania*) w ośrodku przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczeń

(decyzja nr ..... z dnia .....) )

3) odbioru zasiłku stałego, renty socjalnej itp.(decyzja nr ..... z dnia .....) przez w/w ośrodek , tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania.

4) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w schronisku nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich

5) Oświadczam, iż moim lekarzem rodzinnym jest Pan/i

.....

Przyjmujący/a w ..... fax .....

Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest .....

..... fax.....

*(Nazwa i adres i telefon Przychodni / Ośrodka Zdrowia)*

..... dnia .....

*(miejsowość)*

.....

*(podpis)*

# OŚWIADCZENIE (wypełnia opiekun)

Ja .....  
legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria ..... Nr .....  
wydanym przez .....

urodzony/a ..... w ..... Pesel: .....

imiona rodziców .....

nazwisko panieńskie .....

zam. ....

telefon kontaktowy: ..... kom: .....

Jako przedstawiciel ustawowy, /opiekun prawny, faktyczny, kurator/

**wyrażam zgodę na** umieszczenie w Schronisku począwszy od wyznaczonego dnia  
przyjęcia **pana/panią** .....

ur. .... w ..... Pesel: . . . . .

imiona rodziców pacjenta/tki .....

imiona rodziców .....

Dowód Osobisty Seria ..... Nr ..... wydanym przez .....

zam. ....

## wyrażam zgodę na:

1) potrącanie opłaty za pobyt (*koszty wyżywienia i zakwaterowania wg obowiązujących stawek*) w w/w ośrodku przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia – (decyzja nr ..... z dnia .....)

2) odbioru zasiłku stałego, renty socjalnej itp (decyzja nr ..... z dnia .....) przez w/w ośrodek , tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania.

3) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w Schronisku i nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.

4) Oświadczam, iż moim lekarzem rodzinnym jest Pan/i .....

Przyjmujący/a w ..... fax .....

Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest .....

..... fax .....

(Nazwa i adres i telefon Przychodni / Ośrodka Zdrowia)

..... dnia .....

(miejscowość)

.....

(podpis)

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania .....

Nr Pesel: .....

(w przypadku braku, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel 2)

Lp.	Czynność 3)	Wynik 4)
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 siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3	<b>Utrzymywanie 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 > 50m	
7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</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 mocz	
	<b>Wynik kwalifikacji 5)</b>	

.....  
(data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego)

**Wynik kwalifikacji:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga) skierowania do ośrodka zapewniającego całodobową opiekę.

.....  
(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 przypisaną wybranej możliwości.

5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.