

.....  
(Miejscowość, data)

Osoba do kontaktu w sprawie przyjęcia pacjenta na ZOL

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Adres, kod, miejscowość, ulica)

.....  
(telefon: stacjonarny, komórka)

## WNIOSEK

Proszę o

przyjęcie.....

. (Nazwisko i imię pacjenta)

Zamieszkały/a .....

(Adres, kod, miejscowość, ulica)

PESEL.....

.

(pacjenta)

Numer i seria dowodu osobistego .....

(pacjenta)

do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Lubuskim Szpitalu Specjalistycznym Pulmonologiczno -  
Kardiologicznym w Torzymiu.

Wyrażam zgodę na pokrywanie kosztów żywienia i zakwaterowania w ZOL w cyklach  
miesięcznych do 10 dnia każdego miesiąca.

Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym w Lubuskim Szpitalu  
Specjalistycznym Pulmonologiczno - Kardiologicznym w Torzymiu oraz gromadzenie i  
przechowywanie w ZOL moich danych osobowych.

Do wniosku załączam:

- 1) skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do Zakładu Opiekuńczo -  
Leczniczego ;
- 2) wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie;
- 3) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu;

Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL

Podpis członka rodziny lub opiekuna prawnego

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO  
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO LECZNICZEGO/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

## WZÓR

## 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 .....

<sup>5)</sup> Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. poz. 2060), które weszło w życie z dniem 12 listopada 2019 r.

**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 albo imię i nazwisko pielęgniarki,  
jej podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko lekarza, jego podpis  
oraz numer prawa wykonywania zawodu

---

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 2055 oraz z 2022 r. poz. 655) 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 2019 r. poz. 886 oraz z 2022 r. poz. 974), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

## WZÓR

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-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 oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Jeżeli jest wymagana.

\*\*\* Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

---

<sup>6)</sup> Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU  
OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość  
.....**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

L.p.	Czynność <sup>3</sup>	Wynik <sup>4</sup>
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 - spacerzy 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 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 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 - panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>5</sup></b>		

**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 przypisaną wybranej możliwości

5. Należy wpisać uzyskana sumę punktów