

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-  
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy



Pieczęć jednostki kierującej  
Adres, telefon, kod, nazwa komórki organizacyjnej  
Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

## 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\*\*/\*\*\***

.....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

.....  
Miejscowość, 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”.

## WZÓR

### KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM <sup>1</sup>

#### 1. 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

Lp.	Czynność <sup>3)</sup>	Wynik <sup>4)</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> <b>0</b> - nie jest w stanie samodzielnie jeść <b>5</b> - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety <b>10</b> -samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> <b>0</b> - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu <b>5</b> - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) <b>10</b> -mniejsza pomoc słowna lub fizyczna <b>15</b> -samodzielny	
3.	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> <b>0</b> -potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych <b>5</b> -niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> <b>0</b> -zależny <b>5</b> -potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam <b>10</b> -niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> <b>0</b> -zależny <b>5</b> -niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> <b>0</b> -nie porusza się lub < 50 m <b>5</b> -niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m <b>10</b> -spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m <b>15</b> -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<sup>5)</sup></b>

.....  
data, podpis i pieczęć pielęgniarki  
ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki  
zakładu opiekuńczego

## 2. 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, podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia  
zdrowotnego lub lekarze zakładu opiekuńczego



Pieczęć jednostki kierującej  
Adres, telefon, kod, nazwa komórki organizacyjnej  
Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

**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-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.