



**Caritas Archidiecezji Gdańskiej**

**Zakład Opiekuńczo - Leczniczy**

**INFORMACJA DLA LEKARZY POZ, SZPITALI,  
PIELĘGNIAREK POZ, MOPS  
ORAZ  
PACJENTÓW SKŁADAJĄCYCH WNIOSEK O PRZYJĘCIE  
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO**

1. Do zakładu opiekuńczego może zostać przyjęty świadczeniobiorca z rozpoznaniem choroby przewlekłej, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych.
2. Z wnioskiem o przyjęcie do ZOL może wystąpić osoba ubiegająca się o skierowanie albo jej przedstawiciel ustawowy.
3. Świadczeniobiorca składa skierowanie wraz z załącznikami bezpośrednio do wybranego przez siebie zakładu opiekuńczego.
4. Dokumenty stanowiące podstawę do kwalifikacji:
  - 1) Wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego,
  - 2) Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie, ,
  - 3) Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego,
  - 4) Kartę Oceny Świadczeniobiorcy - wg skali Barthel,
  - 5) Do wniosku należy dołączyć:
    - decyzję organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ, lub
    - decyzję o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy.
5. W ciągu 14 dni od złożenia kompletnych dokumentów świadczeniobiorca otrzymuje decyzję kwalifikującą lub odmawiającą. Decyzja kwalifikująca – w przypadku braku miejsc – jest podstawą do wpisania na listę osób oczekujących.
6. Miesięczna opłata za pobyt w ZOL jest ustalana zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i odpowiada 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
7. Zasady przyjęcia do ZOL określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo - leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych.

Dyrektor CARITAS Archidiecezji Gdańskiej  
Ks. Janusz Steć

**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

## 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 .....

**f) rany przewlekłe**

- odleżyny .....
- rany cukrzycowe .....
- inne niewymienione .....

**g) oddychanie wspomagane** .....

**h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami\*** .....

**h) 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 późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ ZAKŁADU  
PIELĘGNACYJNO-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 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.

**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

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

<b>Lp.</b>	<b>Czynność <sup>3)</sup></b>	<b>Wynik <sup>4)</sup></b>
<b>1.</b>	<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.	
<b>2.</b>	<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 15 - samodzielny	
<b>3.</b>	<b>Utrzymanie higieny osobistej:</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami).	
<b>4.</b>	<b>Korzystanie z toalety (WC):</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
<b>5.</b>	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
<b>6.</b>	<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 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

.....  
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego  
albo pielęgniarki 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.