

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

Nazwisko i imię pacjenta/teki.....

PESEL.....

Adres.....

Poprzednie leczenie.....

Z kim mieszka.....

Ubezłasnowolnienie.....

I. Wywiad i ostatnio stosowane leczenie

II. Stan psychiczny

III. Rozpoznanie

IV. Stwierdza się, że ww. osoba wymaga/nie wymaga* całodobowej opieki, pielęgnacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji

Miejscowość, data

podpis i pieczęć lekarza psychiatry

**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

**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.

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

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

⁵⁾ 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
**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
 OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

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 ³⁾	Wynik ⁴⁾
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.	Utrzymywanie 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 < 50 m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 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 się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw	

9.	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-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji⁵⁾	

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

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....
.....
.....

.....
.....
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

OŚWIADCZENIE I

Ja legitymujący (a) się dowodem osobistym
/imię i nazwisko/
seria nr Pesel

Wyrażam zgodę na:

1. pobyt i leczenie w NZOD tj. Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy w Miastku poczynszy od wyznaczonego dnia przyjęcia.
2. potrącanie opłaty za pobyt w NZOD ze świadczenia: decyzja nr z dnia
3. odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp. decyzja nr z dnia
przez NZOD i dokonywania potrąceń z tych środków tytułem mojego wyżywienia i zakwaterowania.

Oświadczam też, że środki te nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.
Zobowiązuję się do opuszczenia NZOD po zakończeniu pobytu zgodnie z umową.

Miastko, dnia
/czytelny podpis/

OŚWIADCZENIE II

Ja legitymujący (a) się dowodem osobistym
/imię i nazwisko/
seria nr Pesel
jako przedstawiciel ustawowy /opiekun prawny/ kurator, wyrażam zgodę na:

1. pobyt i leczenie legitymującego się dowodem
/imię i nazwisko/
osobistym seria nr Pesel
w NZOD tj. Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy w Miastku poczynszy od
wyznaczonego dnia przyjęcia.
2. potrącanie opłaty za pobyt w NZOD ze świadczenia ww. osoby: decyzja nr
z dnia
3. odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp. ww. osoby
decyzja nr z dnia
przez NZOD i dokonywania potrąceń z tych środków tytułem wyżywienia i
zakwaterowania ww. osoby.

Zobowiązuję się do odebrania z NZOD i zapewnienia opieki
/imię i nazwisko/
po zakończeniu pobytu zgodnie z umową.

Miastko, dnia
/czytelny podpis/

REGULAMIN

umieszczania i odpłatności

Niepublicznego Zakładu Opieki Długoterminowej w Miastku

1. Przyjęcie pacjenta następuje na podstawie decyzji dyrektora Niepublicznego Zakładu Opieki Długoterminowej w Miastku (dalej „**NZOD**”) po złożeniu przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Do skierowania należy dołączyć:
 - wywiad pielęgniarski,
 - zaświadczenie lekarskie,
 - decyzję organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej, stwierdzającą wysokość dochodu osoby ubiegającej się o przyjęcie do NZOD decyzję o przyznaniu zasiłku stałego tej osobie,
 - zgodę pacjenta lub opiekuna prawnego na umieszczenie i ponoszenie odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w NZOD – ZOL,
 - aktualne wyniki badań podstawowych.
3. Termin przyjęcia pacjenta do NZOD ustala dyrektor NZOD po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku przez lekarza.
4. Opłatę za pobyt ustala dyrektor NZOD w oparciu o faktyczne koszty zakwaterowania i wyżywienia. Wysokość opłaty jest aktualizowana każdorazowo w przypadku wzrostu kosztów. Opłata wnoszona przez pacjentów służy pokryciu kosztów zakwaterowania i wyżywienia (koszty utrzymania budynku, opłaty lokalne, energia elektryczna, ogrzewanie, sprzątanie itp.).
5. Pacjent przyjęty do NZOD w ramach umowy z NFZ otrzymuje nieodpłatnie świadczenia medyczne finansowane przez NFZ, a w szczególności całodobową opiekę pielęgniarską, leki, środki opatrunkowe, badania diagnostyczne, konieczne konsultacje lekarskie oraz możliwość uczestniczenia w zajęciach terapeutyczno – rehabilitacyjnych.
6. Wypisanie pacjenta następuje na wniosek lekarza NZOD, pacjenta, opiekuna prawnego decyzją dyrektora NZOD w szczególności w przypadku:
 - poprawy stanu zdrowia,
 - konieczności leczenia szpitalnego,
 - uzyskania miejsca w innej placówce leczniczej lub opiekuńczej,
 - w przypadku niewywiązywania się z obowiązku wnoszenia opłaty,
 - zaprzestania finansowania świadczeń przez NFZ,
 - niestosowanie się do regulaminu porządkowego.

NZOD może odmówić wypisania pacjenta, jeśli byłoby to sprzeczne z jego dobrem.

7. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem rozstrzygnięcia podejmowane są decyzją Dyrektora Niepublicznego Zakładu Opieki Długoterminowej w Miastku

.....
data

.....
podpis Pacjenta/Opiekuna

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTA

W związku obowiązkiem wynikającym z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO”, informujemy Państwa, o zasadach przetwarzania danych osobowych w naszej Placówce, oraz o przysługujących Państwu prawach.

Kto jest administratorem moich danych osobowych?

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych Maria Mackus Niepubliczny Zakład Opieki Długoterminowej, ul. Pomorska 7, 77-200 Miastko, NIP: 8421148425, REGON: 771516264.

Z kim się kontaktować odnośnie przetwarzania danych osobowych przetwarzanych w Placówce?

Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych.

W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych

- przez e-mail: nzod@nzod.pl
- telefonicznie: (59) 857 93 34 - sekretariat NZOD

W jakim celu moje dane osobowe będą przetwarzane?

Państwa dane będą przetwarzane do celów medycznych, tzn. w celu udzielania świadczeń zdrowotnych opieki długoterminowej, kontaktu telefonicznego (telefon, e-mail) wykonania zadań diagnostycznych w związku z kontynuacją leczenia, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz jej archiwizacji, upoważnienia osób do informacji o stanie /udostępniania dokumentacji medycznej, wystawiania/wydawania recept, realizacji wytycznych GIS w sprawie zapobiegania COVID-19, sprawozdawczości z Narodowym Funduszem Zdrowia, przyjmowania reklamacji/skarg/wniosek oraz w celu kontaktu z Państwem.

Na jakiej podstawie prawnej moje dane będą przetwarzane?

Na podstawie artykułu 9 pkt. 2 lit. h. RODO

Przetwarzanie do celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, w procesie badań naukowych i przy realizacji celów dydaktycznych, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego lub zgodnie z umową z pracownikiem służby zdrowia.

Na podstawie artykułu 6 pkt. 1 lit. f. RODO

Przetwarzanie do celów obrony, dochodzenia roszczeń i dochodzenia praw, stosowania monitoringu wizyjnego oraz nagrywania rozmów telefonicznych

Na podstawie artykułu 6 pkt.1 lit. c. RODO

Rozliczenia finansowe, spełnienia wymagań GIS w sprawie zapobiegania i zwalczania COVID-19

Czy moje dane będą udostępniane?

Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych (Pracownikom), podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, oraz podmiotom zewnętrznym w ramach podpisanych umów powierzenia danych.

Przez jaki czas będą przetwarzane moje dane?

Państwa dane będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tzn. zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Ustawa ta mówi że, Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia. Dokumentacja medyczna w takim przypadku jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
- 2) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi
- 3) i jej składników. Dokumentacja medyczna w takim przypadku jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
- 4) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta.

W takim przypadku zdjęcia są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

5) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:

- 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,

- 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

6) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat;

7) dane finansowo-księgowe, faktury VAT (5 lat począwszy od końca roku kalendarzowego)

Jakie prawa mi przysługują w związku z przetwarzaniem moich danych osobowych?

Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dlaczego muszę podawać swoje dane osobowe?

Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Podanie danych jest obowiązkowe, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Czy moje dane będą profilowane?

Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.