

.....  
Pieczęć zakładu kierującego

## SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-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 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 PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć Podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie.

\*niepotrzebne skreślić  
\*\* jeżeli jest wymagana  
\*\*\* fakultatywnie

.....  
(pieczęć zakładu kierującego)

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

#### Dane świadczeniobiorcy

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

#### 2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji ( zaznaczyć właściwe, ewntualnie opisać)

##### a) odżywienie

###### - samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik.....
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem.....
- zakładanie zgłębnika .....
- inne nie wymienione.....

##### b) higiena ciała

###### - samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej .....
- inne nie wymienione.....

##### c) oddawanie moczu

###### - samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

- cewnik .....
- inne nie wymiwnione.....

##### d) oddawanie stolca

###### - samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

- pielęgnacja stomii.....
- wykonywanie lewatyw i irygacji.....
- inne nie wymienione.....

##### e) przemieszczanie pacjenta

###### - samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

- z zaawansowaną osteoporozą.....
- którego stan wymaga szczególnej ostrożności.....
- inne nie wymienione.....

##### f) rany przewlekłe

- odleżyny.....
- rany cukrzycowe.....
- inne nie wymienione.....

- g) oddychanie wspomagane.....  
h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami\* .....  
i) inne.....

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel\*\*/\*\*\* .....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć pielęgniarki

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

-----  
\* Niepotrzebne skreślić

\*\* W przypadku określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. 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 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Z 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje skalę Barthel.

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

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

dres zamieszkania

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

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp	Czynność	Wynik
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje 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-potrzuje 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-potrzuje 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-spacery 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-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0-zależny 5-potrzuje 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</b>		

### Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga skierowania do zakładu opiekuńczego

## OŚWIADCZENIA PACJENTA

Nazwisko i imię pacjenta..... PESEL: \_ \_ \_ \_ \_

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na pobyt** w Zakładzie Pielęgnacyjno- Opiekuńczym im. Św. Józefa w Pleszewie na zasadach określonych w Ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 ze zm.), Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480 ze zm.) oraz regulaminie organizacyjnym Zakładu.

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań oraz udzielanie innych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym.**

.....  
*Data i czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego  
lub stwierdzenie o zgodzie podpisane przez lekarza kierującego*

---

Oświadczam, że zgodnie z przysługującym mi prawem wynikającym z Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417):

**UPOWAŻNIAM\*** do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia następującą osobę:

(imię i nazwisko).....

Pesel ..... telefon kontaktowy .....

**NIE UPOWAŻNIAM** żadnej osoby.\*

.....  
*data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego*

---

Oświadczam, że zgodnie z przysługującym mi prawem wynikającym z Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417):

**UPOWAŻNIAM\*** do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych następującą osobę:

(imię i nazwisko).....

Pesel ..... telefon kontaktowy .....

**NIE UPOWAŻNIAM** żadnej osoby.\*

.....  
*data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego*

\*zaznaczyć właściwe

### **Klauzula informacyjna dla osób upoważnionych przez pacjenta do informacji stanie zdrowia pacjenta, dokumentacji medycznej i udzielonych świadczeniach zdrowotnych (wersja skrócona)**

Informuje się, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Pielęgnacyjno- Opiekuńczy im. św. Józefa ul. Bojanowskiego 1, 63-300 Pleszew, tel. 62 508 08 13, [szpital@sluzebniczki-pleszew.pl](mailto:szpital@sluzebniczki-pleszew.pl). Z inspektorem ochrony danych wyznaczonym przez Administratora można skontaktować się pod adresem e-mail: [iod@karsten.pl](mailto:iod@karsten.pl). Administrator danych przetwarza Pani/Pana dane osobowe w celu obsługi upoważnienia do dostępu informacji o stanie zdrowia, dokumentacji medycznej i udzielonych pacjentowi świadczeniach zdrowotnych, który upoważnił Panią/Pana do dostępu do takich informacji. Dane osobowe podała zainteresowana osoba. Administrator przetwarza dane na podstawie prawa, w celu realizacji obowiązku prawnego spoczywającego na Administratorze wynikającym w szczególności z art. 26 ust. 1–2 oraz art. 27, art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z przepisami dotyczącymi przechowywania dokumentacji medycznej albo do czasu odwołania upoważnienia wydane przez pacjenta. W przypadku uznania, że Pani/Pana są przetwarzane niezgodnie z prawem, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Więcej informacji w tym zakresie można uzyskać u Administratora.

**Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie do  
Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego im. Św. Józefa w Pleszewie**

Imię/Imiona i Nazwisko .....

Nazwisko rodowe .....

Data i miejsce urodzenia .....

Imiona i nazwiska rodziców .....

Numer PESEL .....

W przypadku braku numeru PESEL rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....

Miejsce zamieszkania: .....

.....

**Oświadczam, że podane dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.**

**Wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych  
osobowych w systemie świadczeniodawcy i płatnika.**

Rozumiem, że moje dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z klauzulą informacyjną  
umieszczoną poniżej.

.....

*data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego\**

---

**Klauzula informacyjna dla osób ubiegających się o przyjęcie do Zakładu (wersja skrócona)**

Informuje się, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. św. Józefa ul. Bojanowskiego 1, 63-300 Pleszew, tel. 62 508 08 13, [szpital@sluzebniczki-pleszew.pl](mailto:szpital@sluzebniczki-pleszew.pl). Z inspektorem ochrony danych wyznaczonym przez Administratora można skontaktować się pod adresem e-mail: [iod@karsten.pl](mailto:iod@karsten.pl). Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe dla rozpoczęcia i przeprowadzenia procedury przyjęcia do Zakładu i kontaktu. Konsekwencją niepodania tych danych osobowych jest niemożliwość podjęcia działań w tym zakresie przez Administratora. Administrator danych przetwarza Pani/Pana dane osobowe i na podstawie Pani/Pana zgody (art. 6 ust. 1 pkt a RODO lub art. 9 ust. 2 pkt a RODO oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 Dekretu). Podane tych danych osobowych własnych jest dobrowolne. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody (kontaktując się z Administratorem, np. pisemnie na adres podany na początku w klauzuli). W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzanie, a także prawo do wniesienia sprzeciwu oraz inne uprawnienia w tym zakresie wynikające z obowiązujących przepisów prawa kanonicznego lub prawa powszechnie obowiązującego. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych jest dostępne u Administratora.

## Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: ..... miesiąc: ..... rok: .....		

<b>Rozpoznanie (wg ICD – 10):</b>		
1.	<b>Przesiewowa ocena stanu odżywienia</b>	NRS lub SGA
		BMI
2.	<b>Szczegółowa ocena stanu odżywienia</b>	
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej <input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	<b>Możliwe skuteczne odżywianie doustne</b>	<input type="checkbox"/> nie    Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
	<b>Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego</b>	<input type="checkbox"/> nie    Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego</b>	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna <input type="checkbox"/> inne
4.	<b>Dostęp dojelitowy</b>	zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia ..... <input type="checkbox"/> jejunostomia .....
5.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego</b>	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17 ) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
6.	<b>Dostęp pozajelitowy</b>	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika .....
7.	<b>Cel leczenia żywieniowego:</b>	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
8.	<b>Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :</b>	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
9.	<b>Dni leczenia żywieniowego:</b>	żywienie dojelitowe dni ..... kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni ..... częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni ..... leczenie żywieniowe immunomodulujące dni .....

.....  
miejsowość, data

## OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

### Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

po zakończonym pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno–Opiekuńczym im. św. Józefa w Pleszewie w terminie wskazanym przez Zakład.

.....  
(nazwisko i imię osoby odbierającej)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

Jednocześnie oświadczam, że:

1. zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym jest uzależniony od uzyskanej ilości punktów w ocenie wg skali opartej na skali Barthel oraz o tym, że jeżeli punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez NFZ, a pacjent zostanie wypisany z ZPO;
2. w razie zgonu w/w pacjenta zajmę się formalnościami z tym związanymi.

.....  
czytelny podpis osoby zobowiązanej

### KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 RODO oraz art. 8 Dekretu regulującego przetwarzanie danych osobowych w Kościele katolickim z 2018 r. (dalej: Dekret), informuję, iż: **1)** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. Św. Józefa z siedzibą w Pleszewie, ul. Edmunda Bojanowskiego 1, 63-300 Pleszew, szpital@sluzebniczki-pleszew.pl. **2)** Z inspektorem ochrony danych wyznaczonym przez Administratora, którym jest adw. dr Kinga Karsten, można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@karsten.pl. **3)** Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wyrażonym w powyższym oświadczeniu i przetwarzane jako niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO i art. 7 ust. 1 pkt 3 Dekretu) zawartym w przepisach dotyczących prowadzenie dokumentacji medycznej, w szczególności z art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz § 21 ust. 6 w zw. z § 8 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 14 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, a także na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora lub strony trzeciej (art. 6 ust. 1 f RODO i art. 7 ust. 1 pkt 6 Dekretu). Podanie przez Panią/Pana danych niezbędne do realizacji wskazanego w powyższym oświadczeniu celu. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości jego realizacji. **4)** Pani/Pana dane będą udostępniane podmiotom świadczącym usługi pocztowe. **5)** Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej. **6)** Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. **7)** Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu realizacji celu, dla którego zostały zebrane. **8)** Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu. **9)** Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych lub Kościelnego Inspektora Ochrony Danych), jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO. **10)** Więcej informacji na temat przetwarzania danych można uzyskać kontaktując się z Administratorem na dane podane w pkt 1.