

....., dnia.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

PESEL.....

Objęcie ubezpieczeniem przez*:

1. Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
2. Inny oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
3. Nieubezpieczony

WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o:

1. przyjęcie mnie do zakładu opiekuńczo-leczniczego/pielęgnacyjno-opiekuńczego*

.....

Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....

Podpis

* niepotrzebne skreślić

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego:

rok urodzenia:

adres:

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

Badanie przedmiotowe: waga wzrost ciepłota

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe:

2. Układ oddechowy:

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny*), ciśnienie krwi:
tętno/min:

4. Układ trawienia:

5. Układ moczowo-płciowy:

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi:

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

9. Schorzenia współistniejące:*)

a) choroba zakaźna **tak – nie**, jeśli tak to jaka?

b) gruźlica **tak – nie**, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym **tak – nie**

c) narkomania **tak – nie**

d) choroba psychiczna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka?

II. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji*).

III. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*). Wyrażam / nie wyrażam*) zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

* właściwe podkreślić

(pieczęć publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub pielęgniarki wykonującej zadania publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie przyjętego zamówienia)

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

CZEŚĆ 1. STUKTURA RODZINY

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie					
Lp.	imię i nazwisko	wiek	stopień pokrewieństwa	aktywność zawodowa	stan zdrowia

Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
Lp.	imię i nazwisko	wiek	stopień pokrewieństwa	miejsce zamieszkania	stan zdrowia

CZEŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

Kryteria oceny mieszkaniowej						
oddzielne mieszkanie	0	oddzielny pokój	2	pokój wspólny z innymi osobami	3	
usytuowanie mieszkania parter	0	powyżej parteru z windą	2	powyżej parteru bez windy	3	
ogrzewanie CO	0	ogrzewanie węglowe	2	brak stałego ogrzewania	3	
pełny dostęp do łazienki	0	ograniczony dostęp do łazienki	2	brak łazienki	3	
pełny dostęp do WC	0	ograniczony dostęp do WC	2	dostęp do WC poza budynkiem	3	
pełny dostęp do kuchni	0	ograniczony dostęp do kuchni	2	brak dostępu do kuchni	3	
warunki higieniczne bardzo dobre mieszkanie/pokój*	0	warunki higieniczne zadowalające mieszkanie//pokój* dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne *	2	warunki higieniczne złe mieszkanie/pokój* zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni*	4	
pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	częściowe przystosowania mieszkania	2	mieszkanie nieprzystosowane	3	
Suma pkt						

* Właściwe podkreślić

- a) sytuacja b. dobra 0 do 4 pkt. kategoria A
- b) sytuacja zadowalająca: 5 do 10 pkt. kategoria B
- c) sytuacja zła: 11 do 25 pkt. kategoria C

