

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-  
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELEGNACYJNO – 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/ utrudniania\*

- cewnik
- inne niewymienione .....

#### d) oddawanie stolca

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

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

#### e) przemieszczanie pacjenta

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

- z zaawansowaną osteoporozą .....
- którego stan zdrowia 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 Bartel \*\*/\*\*** .....

.....  
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 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 art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, oz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Bartel.

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

.....  
Pieczęć podmiotu leczniczego

## **SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO/ ZAKŁADU PIELEŃNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO**

**Niniejszym kieruję:**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....  
Nr telefonu do kontaktu

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

.....  
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....  
Dotychczasowe leczenie

.....  
Potrzeby kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie\*)

.....  
Liczba punktów w skali Bartel, 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 pielęgniacyjno – 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