

**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\*** .....

**i) inne** .....

**3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel<sup>\*\*/\*\*\*</sup>** .....

.....  
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.

WZÓR  
**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU  
 OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO 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**

Lp.	Czynność <sup>3)</sup>	Wynik <sup>4)</sup>
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.	
	<b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw	

9.	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>	

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

**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

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