Załącznik nr 12
do Zarządzenia nr 194
Dyrektora WSZ w Kaninie
z dnia 6.10.2021 r.

6

REGULAMIN

ZAKŁADU

PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

I. Pełna nazwa:

Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy

Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy mieści się na V piętrze budynku WSZ im. dr Romana Ostrzyckiego w Koninie przy ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1.

II. Specjalność:

ZPO jest zakładem stacjonarnym, w którym prowadzi się opiekę całodobową obejmującą świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla pacjentów nie wymagających leczenia szpitalnego.

III. Zadania Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego:

Zadaniem ZPO jest objęcie całodobową pielęgnacją i kontynuacja leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym są niezdolne do samoopieki oraz wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia okresowej intensywnej opieki pielęgniarskiej. Świadczenia gwarantowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych obejmują:

1. świadczenia udzielane przez lekarza;
2. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
3. rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
4. świadczenia psychologa;
5. terapię zajęciową;
6. leczenie farmakologiczne;
7. leczenie dietetyczne;
8. zaopatrzenie w wyroby medyczne,
9. edukację zdrowotną

IV. Warunki lokalowe:

Pomieszczenie	Ilość	Ilość łóżek w poszczególnych salach
Sale chorych (liczba łóżek na poszczególnych salach):	16	1 sala- 1 łóżkowa 1 sala- 4 łóżkowa 3 sale- 6 łóżkowe 11 sale- 2 łóżkowe
Pokój kierownika	1	
Dyżurka pielęgniarek	1	punkt pielęgniarski - otwarty, w głębi pokój zabiegowy
Gabinet do psychoterapii	1	
Gabinet lekarski	1	
Gabinet terapii zajęciowej	1	
Pokój dziennego pobytu	1	
Gabinet rehabilitacyjny	1	
Sekretariat	1	
Pomieszczenie higieniczno-sanitarne	2	
Pomieszczenie higieniczno-sanitarne przystosowane do osób niepełnosprawnych	1	
Pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu	1	
Kuchnia oddziałowa	1	
Magazyn	1	
Brudownik	1	
PROMORTE	1	

V. Zasady kwalifikacji pacjenta do umieszczenia w zakładzie.

O przyjęciu pacjenta do ZPO decyduje kierownik zakładu w porozumieniu z lekarzem udzielającym świadczeń w tym zakładzie.
Do zakładu **przyjmowani** są pacjenci, którzy w ocenie skalą Barthel, poziomu zapotrzebowania na opiekę - otrzymali 40 punktów lub mniej.
Do zakładu opiekuńczego **nie przyjmuje** się Świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

1. Dokumenty niezbędne do przyjęcia do ZPO:

- Wniosek o wydanie skierowania do ZPO
- Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo -Pielęgnacyjnego
- Zaświadczenie lekarskie
- Wywiad pielęgniarski
- Karta oceny Świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego
- Dokumenty potwierdzające wysokość dochodu Świadczeniobiorcy- decyzja organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty lub renty socjalnej. Do decyzji można dołączyć zgodę Świadczeniobiorcy ubiegającego się o przyjęcie do ZPO na potrącanie za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego.
- Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej.
- Dokument tożsamości

Ponadto

- Zobowiązanie rodziny/opiekuna do zapłaty należności za pobyt pacjenta
- Oświadczenie o odbiorze pacjenta
- Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz wyrażenie zgody na zaproponowany termin udzielania świadczenia zdrowotnego

VI. Wysokość opłat za udzielane świadczenia:

Ubezpieczony skierowany do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego ponosi odpłatność za pobyt i wyżywienie. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu osoby przebywającej w zakładzie.

Opłatę ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodów Świadczeniobiorcy przy przyjęciu pacjenta i każdorazowo przy zmianie dochodu pacjenta., pod warunkiem przedłożenia przez Świadczeniobiorcę dokumentów potwierdzających jej zmianę.

Świadczeniobiorca zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Kierownika Zakładu o wszystkich zdarzeniach mających wpływ na ustalenie opłaty, w tym do przedłożenia dokumentów potwierdzających zmianę wysokości jego dochodu.

W przypadku czasowej nieobecności Świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym, obliczając opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu Świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza zakładem opiekuńczym opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.

VII. Zasady pobytu w zakładzie:

- W trakcie pobytu pacjenci używają własnej odzieży i obuwia bądź posiadanej przez zakład. Obowiązkiem pacjenta jest posiadanie do ciągłego użytku własnych środków higieny:
  mydło płynic, szampon, chusteczki nawilżone, szczoteczka i pasta do zębów, dla osób wymagających golenia przybory do golenia
- w czasie wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych oraz badań lekarskich w salach nie mogą przebywać osoby odwiedzające
- ZPO nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze i przedmioty wartościowe nie zdane do depozytu
- Pacjenci spożywające własne produkty żywnościowe winni przyjmować je zgodnie z zaleconą dietą. Do przechowywania produktów żywnościowych służy wydzielona/oznaczona lodówka.. Pacjenci/rodziny zobowiązani są do przestrzegania zasad przechowywania żywności zawartych w opracowanej i dostępnej instrukcji postępowania z żywnością.
- Pacjenci i ich rodziny nie mogą samodzielnie korzystać z kuchni w zakładzie.
- Informacje o stanie zdrowia pacjenta udzielane są osobom wskazanych przez pacjenta w dokumentacji medycznej bądź ustanowionych przez Sąd opiekunom prawnym. Zakład po weryfikacji telefonicznej w wyjątkowych przypadkach udziela informacji w formie telefonicznej.
- Uwagi dotyczące opieki medycznej pacjenci i ich rodziny, opiekunowie mogą składać osobiście lub pisemnie Kierownikowi ZPO lub Dyrektorowi WSZ w Koninie
- Cisza nocna obowiązuje od godz. 22^{00}do 6^{00}

VIII. Organizacja pracy oddziału:

6.00 – 8.00 - Czynności higieniczno – pielęgnacyjne

8.00 - 8.30 – Śniadanie, podawanie leków

8.00 – 12.30 - Wizyta lekarsko - pielęgniarska /nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu/, Śniadanie, podawanie leków, zabiegi, wykonywanie zleceń, terapia zajęciowa, czynności higieniczno -pielęgnacyjne

12.30 – 13.30 – Obiad, podawanie leków

13.30 – 17.30 - Czynności higieniczno – pielęgnacyjne, wykonywanie zleceń,

17.30 – 18.30 – Kolacja, podawanie leków

18.30 - 22.00 - Czynności higieniczno – pielęgnacyjne, wykonywanie zleceń

22.00 – 6.00 Cisza nocna

IX. Dokumentacja Zakładu i obieg dokumentów:

1) historia choroby z obowiązującymi załącznikami sporządzana jest przy przyjęciu pacjenta do ZPO w Rejestracji -prowadzona jest przez lekarza. Przechowywana w Gabinecie Lekarskim.
2) historia pielęgnowania z załącznikami sporządzana jest przy przyjęciu pacjenta do ZPO w Rejestracji - prowadzona przez pielęgniarki. Przechowywana jest w Dyżurce Pielęgniarek
3) indywidualna karta zleceń lekarskich – zlecenie wpisuje lekarz, pielęgniarka przyjmuje, realizuje lekarskie zlecenie.
4) karta gorączkowa
5) wywiad epidemiologiczny - przeprowadzą pielęgniarka i wypełnia obowiązujący druk,
6) przyjęcie lekarskie, obserwacje lekarskie, wypis, karta informacyjna- prowadzone przez lekarzy
7) przyjęcie pielęgniarskie, wypis karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karta realizacji opieki, karta obserwacyjna, karta gospodarki wodnej, karta profilu glikemii, karta pielęgnacji odleżyn, karta profilaktyki p/odleżynowej - prowadzone są przez pielęgniarki,
8) oświadczenie- wyrażenie zgody pacjenta na sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej- zgodnie z aktualnym zarządzeniem Dyrektora
9) oświadczenie – zapoznanie się z regulaminem oddziału i sprawowania opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osoby bliskie- zgodnie z aktualnym zarządzeniem Dyrektora
10) oświadczenie- wyrażenie zgody opiekuna prawnego na sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej- zgodnie z aktualnym zarządzeniem Dyrektora
11) skala Barthel- ocena dokonywana przez lekarza i pielęgniarkę zatrudnioną w Zakładzie
12) lista oczekujących prowadzona przez Kierownika/Sekretarkę,
13) Księga raportów pielęgniarskich- prowadzona przez zespół pielęgniarski
14) Karta zabiegów fizjoterapeutycznych - prowadzona przez fizjoterapeutę
15) Indywidualna Karta Fizjoterapeutyczna w Zakładzie Pielęgnacyjno Opiekuńczym – prowadzona przez fizjoterapeutę
16) Indywidualna Karta terapii zajęciowej- prowadzona przez terapeutę zajęciowego
17) Dziennik uczestnictwa w terapii zajęciowej – prowadzony przez terapeutę zajęciowego
18) Karta terapii logopedycznej, Diagnoza logopedyczna- prowadzona przez logopedę
19) Karta oceny psychologicznej pacjenta– prowadzona przez psychologa

20) zbiorcza dokumentacja medyczna Zakładu:
   a) Księga Chorych Zakładu – prowadzona elektronicznie – Zarządzenie Dyrektora nr 317 z 28.12.2017
   b) Książka kontroli środków odurzających i psychotropowych - prowadzona przez lekarza,
   c) Książka kontroli sanitarnej.

X. Zasady współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi:

Konsultacje lekarskie odbywają się w zakładzie lub we wskazanym miejscu przez konsultanta po wcześniejszym uzgodnieniu.
Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej - pobieranie materiału do badań w oddziale, następnie przekazanie do laboratorium.

Zakład Mikrobiologii Klinicznej - j.w.
Apteka Szpitalna - zamówione leki dostarczane są do oddziału transportem raz w tygodniu. W wyjątkowych sytuacjach istnieje możliwość codziennego dowozu potrzebnego leku.
Centralna Sterylizatornia - zamówiony dzień wcześniej materiał odbiera personel oddziału.

XI. Zakładem Pielęgnacyjno – Opiekuńczym kieruje Kierownik podległy Naczelnej Pielęgniarce. Zastępowany przez pielęgniarkę pracującą w systemie jednozmianowym. W przypadku jej nieobecności przez wyznaczoną pielęgniarkę.
Świadczenia zdrowotne w ZPO udzielane są przez:

- Lekarzy
- Pielęgniarki
- Opiekunów medycznych- pod nadzorem pielęgniarki
- Fizjoterapeutów
- Psychologa
- Logopedę
- Terapeutę zajęciowego

zgodnie z zakresem czynności lub zawartą umową cywilnoprawną na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

Załączniki:

- Załącznik nr 1- Wniosek o wydanie skierowania do ZPO
- Załącznik nr 2 -Wywiad pielęgniarski i Zaświadczenie lekarskie
- Załącznik nr 3- Skierowanie do ZPO
- Załącznik nr 4 - Karta oceny Świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego/przebywającego w zakładzie opiekuńczym
- Załącznik nr 5 – Leczenie schorzeń przewlekłych
- Załącznik nr 6 - Oświadczenie o odbiorze pacjenta
- Załącznik nr 7 - Oświadczenie – zgoda na pokrycie kosztów pobytu w ZPO
- Załącznik nr 8 - Wyrażenie zgody na potrącanie opłat przez ZUS/KRUS

Dodatkowa dokumentacja medyczna:

- Załącznik nr 9 - Karta zabiegów fizjoterapeutycznych - prowadzona przez fizjoterapeutę
- Załącznik nr 10 - Indywidualna Karta terapii zajęciowej - prowadzona przez terapeutę zajęciowego
- Załącznik nr 11 - Dziennik uczestnictwa w terapii zajęciowej – prowadzony przez terapeutę zajęciowego
- Załącznik nr 12 – Zlecenie na zabiegi fizjoterapeutyczne realizowane w ZPO
- Załącznik nr 13 – Indywidualna Karta fizjoterapeutyczna w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
Krystyna Brzezińska

Kierownik Zakładu
Pielęgnacyjno-Opiekuńczego
mgr Krystyna Zasada

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 czerwca 2012 r. (poz. 731)
załącznik nr 1

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Imię i nazwisko opiekuna numer telefonu opiekuna

....
Miejscowość, data Podpis świadczeniobiorcy

Do wniosku dołącza się:

1. wywiad pielęgniarski

2 zaświadczenie lekarskie

3. dokumenty stwierdzające wysokość dochodu świadczeniobiorcy:

- decyzję organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej do decyzji załącza się zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami, lub
- decyzję o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu albo przedstawiciela ustawowego do odbioru tych należności przez zakład.

---
pieczęć podmiotu leczniczego

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

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/*****.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki albo imię i nazwisko pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do 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. 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".

---
pieczęć podmiotu leczniczego

SKIEROWANIE DO 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 pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia, 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.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM[1)]

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[2)]

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 > 50 m	
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.	
9.	**Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:** **0** - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw **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 kwalifikacji[5)]	

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga[1)] skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym[1)]

.....

.....

data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego, oraz jego podpis

.....

data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego , oraz jej podpis

załącznik nr 5

.....
pieczęć podmiotu leczniczego lub lekarza wykonującego praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

Leczenie schorzeń przewlekłych pacjenta

Lp	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta	Postać leku	Dawkowanie

.....
data, podpis i pieczątka lekarza

Załącznik nr 6 do regulaminu ZPO

.....
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

Oświadczam, że zostałem poinformowany/a o ;

- okres pobytu pacjenta w ZPO jest uzależniony od uzyskanej punktacji pacjenta dokonywanej wg. skali poziomu samodzielności (skala Barthel), pod koniec każdego miesiąca
- jeżeli punktacja wg. w/w skali przekroczy 40 pkt pacjent zostaje wypisany z Zakładu w związku z tym, że nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta

.....
imię i nazwisko pacjenta

po zakończonym pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie w terminie wskazanym przez Zakład.

.....
imię i nazwisko osoby zobowiązanej do odbioru pacjenta

.....
PESEL

.....
Podpis osoby zobowiązanej do odbioru pacjenta

Załącznik nr 7

....

Imię i nazwisko pacjenta miejscowość, data

.....
PESEL

.....

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Niniejszym informuję, że *przedstawicielem ustawowym /opiekunem prawnym u osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej/, kuratorem u osoby częściowo ubezwłasnowolnionej/, doradcą tymczasowym/, opiekunem faktycznym/ pacjenta

..... jest

....
imię i nazwisko PESEL

Niniejszym zobowiązuję się pokrywać koszty pobytu pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym oraz zobowiązuję się niezwłocznie informować Kierownika ZPO w WSZ w Koninie, o każdorazowej zmianie dochodów pacjenta.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

* niewłaściwe skreślić

załącznik nr 8

.....
miejscowość, data

WYRAZENIE ZGODY NA POTRĄCANIE OPŁAT PRZEZ ZUS/KRUS

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie należnej kwoty przez ZUS/KRUS

za *mój pobyt/ pobyt pacjenta .....
w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w WSZ w Koninie.

.....
imię i nazwisko* Świadczeniobiorcy/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

.....
PESEL* Świadczeniobiorcy/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

.....
.....
podpis* Świadczeniobiorcy/**opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

* niewłaściwe skreślić

** w przypadku gdy pacjent posiada opiekuna prawnego, przed wyrażeniem zgody dotyczącej ważniejszych spraw pacjenta (w tym rozporządzaniem jego majątkiem), opiekun prawny winien uzyskać na to zezwolenie sądu opiekuńczego

Załącznik nr 13

Indywidualna karta fizjoterapeutyczna w Zakładzie Pielęgnacyjno- Opiekuńczym

Imię i nazwisko.....
Pesel.....
Numer Księgi głownej.....
Lub etykieta:

Płeć: M K

Data przyjęcia: .....

Rozpoznanie:.....

Choroby współistniejące: .....

Główne cele fizjoterapeutyczne / plan działania:

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

.....
Data i podpis fizjoterapuety

Diagnoza fizjoterapeutyczna / ocena działań po upływie 1 miesiąca / końcowa:

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

.....
Data i podpis fizjoterapuety

Imię i nazwisko.....

Pesel.....

Numer Księgi głownej.....

Lub etykieta:

Diagnoza fizjoterapeutyczna / ocena działań po upływie 1 miesiąca / końcowa

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis fizjoterapuety

Diagnoza fizjoterapeutyczna / ocena działań po upływie 1 miesiąca / końcowa

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis fizjoterapuety

Diagnoza fizjoterapeutyczna / ocena działań po upływie 1 miesiąca / końcowa

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis fizjoterapuety

Załącznik nr 10

Indywidualna karta terapii zajęciowej w Zakładzie Pielęgnacyjno- Opiekuńczym

1. *Imię i nazwisko pacjenta:*.....
2. *Wiek / PESEL:*.....
3. *Numer Księgi Głównej:*.....
4. *Data przyjęcia/ rozpoczęcia terapii:*.....
5. *Diagnoza terapeutyczna wstępna(główne problemy, możliwości):*.....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
6. *Cele długoterminowe:*.....
   .....
   .....
   .....
7. *Metody i techniki ICD 93.83.*.....
   .....
8. *Forma terapii*.....
9. *Diagnoza terapeutyczna po upływie 3 miesięcy/ końcowa:*.....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

.....

Data i podpis terapeuty

Dziennik uczestnictwa w terapii zajęciowej pacjentów Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego. **MIESIĄC/ ROK:** **Załącznik nr 11 do Regulaminu ZPO**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

RAZEM:

LEGENDA:

i *- forma zajęć indywidualna*
gr *-- forma zajęć grupowa*

TERAPEUTA PROWADZĄCY:

.....

Dokument został sporządzony i wykorzystywany na potrzeby ZPO w WSZ w Koninie

Dokument został sporządzony i wykorzystywany na potrzeby Z.P.O. w WSZ w Koninie

Dokument został sporządzony i wykorzystywany na potrzeby Z.P.O. w WSZ w Koninie

Załącznik nr 12 do Regulaminu ZPO

ZLECENIE NA ZABIEGI REHABILITACYJNE REALIZOWANE W ZPO

Pacjent: Data przyjęcia:

PESEL

Rozpoznanie:……..……..……..……..……

……..……..……..……..……...

Lp.	Data	Rodzaj zabiegu	Podpis, pieczątka

Załącznik nr 9 do regulaminu ZPO

KARTA ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH

....
Oddział Nr ks. gł.

....
Nazwisko i imię Pesel

DATA	PIONIZACJA	NAUKA CHODU	ĆWICZENIA BIERNE	ĆWICZENIA CZYNNE	ĆWICZENIA WSPOMAGANE	MASAŻ	OKLEPYWANIE, ĆW.ODDECHOWE	ĆWICZENIA NA PRZYRZĄDACH	ELEKTROTERAPIA	UWAGI	PIECZ ATKA I PODPIS FIZJOTERAPEUTY

....

Nazwisko i imię Pesel