……..

Pieczątka przychodni lekarza POZ/ Oddziału Szpitalnego

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO
INFORMACJE AKTUALIZACYJNE DO SKIEROWANIA GŁÓWNEGO

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 i pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

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

AKTUALIZACJA WYKAZU PRZYJMOWANYCH LEKÓW

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania.....

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL,
nr dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

Informacje dodatkowe dla ZOL

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			
4			
5			
6			

L.p.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nr telefonu świadczeniodawcy
1		
2		
3		

.....

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

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

.....

.....

.....

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

[1)] Niepotrzebne skreślić.
[2)] Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Bartnel".
Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów nie komercyjnych.
[3)] W Ip. 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.