

Przy przyjęciu do Zakładu pacjent winien być zaopatrzony w:

- leki na cały miesiąc
 - pielucho-majtki (w przypadku osoby popuszczającej mocz)
 - pampersy SENI (fioletowe wchłaniałość 7 - w przypadku osoby leżącej)
 - wilgotne chusteczki – SENI dla dorosłych
 - płyn pielęgnujący do ciała zapobiegający odleżynom – PINOL,
 - zgrzewka wody mineralnej – małe butelki
 - podstawowe przybory toaletowe: szczoteczka i pasta do zębów, mydło, szampon, gąbka, maszynka i krem do golenia, papier toaletowy, grzebień,
 - oliwka, balsam do ciała z pompką,
- 2 ręczniki, piżamę, kapcie, wygodne ubranie i obuwie, stosownie do pory roku.

WSZYSTKIE RZECZY OSOBISTE I UBRANIA – MUSZĄ BYĆ PODPISANE NAZWISKIEM.
UZUPEŁNIENIE ŚRODKÓW DO PIELĘGNACJI 1X NA MIESIĄC – NA KONIEC MIESIĄCA,
LEKI DOSTARCZANE NA BIEŻĄCO.

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

DANE:

.....
Imię nazwisko

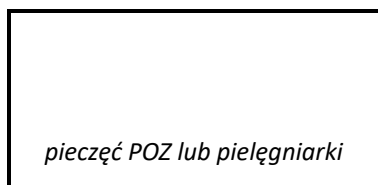
.....
Adres zamieszkania:

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

.....
Numer dowodu osobistego/inny dokument tożsamości

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby zainteresowanej lub jego przedstawiciela ustawowego



WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

1. DANE:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania/nr telefonu do kontaktu/ e-mail

.....
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*

Inne niewymienione

c) oddawanie moczu

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

Cewnik

Inne niewymienione

d) oddawanie stolca

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

Pielęgnacja stomii

Wykonywanie lewatywy 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) świadomość pacjenta: tak/nie/ z przerwami.....

h) inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel **/**

.....

Miejscowość, data

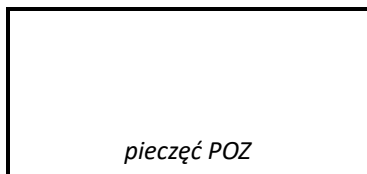
.....

Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

*Niepotrzebne skreślić

**W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa, opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, zastępuje ocenę skalą Barthel.

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



SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko

.....
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

.....
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 uzasadnionych stanem zdrowia (tak/nie)*

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza

* Niepotrzebne skreślić

**Jeżeli jest wymagana.

pieczęć POZ lub pielęgniarki

KARTA OCENY OSOBY KIEROWANEJ DO ZOL

Ocena wg skali opartej na skali Barthel¹⁾

Imię nazwisko

Adres zamieszkania.....

PESEL/lub inny dokument potwierdzający tożsamość

l.p	Czynność ²⁾	Wynik ³⁾
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 przemieszczać się; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5= większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10= mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15= samodzielny	
3.	Utrzymanie 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 zrobić coś sam 10=niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0= zależny 5= niezależny pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0= nie porusza się lub < 50 m 5= niezależny od wózka; wliczając zakręty > 50 m 10= spacer 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 ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10= niezależny w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie 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	
WYNIKI KWALIFIKACJI⁴⁾		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego-
lecniczego/ dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczo- leczniczym¹⁾

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza

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

Stronie Śląskie,

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

PESEL

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zapłatę za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym C1 działającym przy Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ w wysokości zł (słownie:), będą dokonywane przelewem bankowym z konta osobistego.

W przypadku wystąpienia nadpłaty proszę o zaliczenie jej na poczet przyszłych rozliczeń, a w momencie opuszczenia Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego zwrot środków na konto osobiste.

Nazwa banku:.....

Numer rachunku:.....

Nazwisko i imię, adres posiadacza rachunku

.....

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis osoby zainteresowanej lub jego przedstawiciela ustawowego

CENNIK
świadczeń zdrowotnych

I. ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE- 4.000,00 zł brutto/miesiąc

1.	Wyżywienie w postaci 3 posiłków dziennie <ul style="list-style-type: none"> • 3 posiłki w ciągu dnia (śniadanie, obiad, kolacja) – dieta podstawowa i dieta łatwo strawna; • pięć posiłków dziennie (śniadanie, II śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja) – dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów.
2.	Podstawowa opieka medyczna lekarza internisty.
3.	W razie potrzeby konsultacja lekarza chirurga, psychiatry.
4.	Opieka pielęgniarska całodobowa.
5.	Leczenie farmakologiczne w stanie zagrożenia życia.
6.	Pielucho-majtki 2x30 szt./miesiąc.
7.	Podstawowe badania laboratoryjne, badanie EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar glikemii przy użyciu glukometru.
8.	Badanie lekarza chorób wewnętrznych przy przyjęciu.
9.	Rehabilitacja - 10 zabiegów w miesiącu, tj. <ul style="list-style-type: none"> • 1 zabieg z dziedziny fizykoterapii zależnie od stanu zdrowia, • ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne, • ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe w sali rehabilitacji ruchowej lub 2 terapie psychologiczne w miesiącu.
10.	Terapia zajęciowa – 4 zabiegi terapeutyczne tygodniowo, tj. <ul style="list-style-type: none"> • zajęcia grupowe (45min.) • trening umiejętności społecznych (zajęcia grupowe i indywidualne, dobór treningu w zależności od potrzeb (30 min.).
11.	Materace przeciwodleżynowe- o ile istnieje taka potrzeba.
12.	Łóżko rehabilitacyjne, regulowane elektrycznie z barierkami- o ile zachodzi taka potrzeba.

Na wniosek pacjenta lub opiekuna, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, dyrektor Centrum może ustalić indywidualną cenę za udzielane świadczenia podstawowe. Dyrektor Centrum podejmuje decyzję po zasięgnięciu opinii właściwych merytorycznie pracowników Centrum.

II. ŚWIADCZENIA DODATKOWO PŁATNE

1.	Konsultacja lekarza specjalisty spoza pakietu podstawowego	wg cennika podmiotu świadczącego usługi
2.	Terapia logopedyczna	60 zł/ godz.
3.	Terapia psychologiczna	60 zł/godz.
4.	Badania laboratoryjne i inne badania specjalistyczne	wg cennika podmiotu świadczącego usługi
5.	Opłata za transport medyczny	wg cennika podmiotu świadczącego usługi
6.	Zabiegi rehabilitacyjne:	
	- JONOFOREZA	25 zł/15 min.
	- PRĄ TENS	25 zł/15 min.
	- PRĄDY INTRFERENCYJNE	25 zł/15 min.
	- ŚWIATŁOTERAPIA (SOLLUX, BIOPTRON)	25 zł/15 min.
	- LASEROTERAPIA	25 zł/15 min.
	- MAGNETOTERAPIA	25 zł/15 min.
	- ĆWICZENIA PROWADZONE Z UDZIAŁEM FIZJOTERAPEUTY wg METOD SPECJALNYCH PNF	150 zł/45 min.
7.	Trening umiejętności społecznych:	
	- TRENING ROZWIĄZYWANIA TRUDNYCH SYTUACJI	45 zł/30 min.
	- TRENING KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ	
	- TRENING BUDŻETOWY	lub
	- TRENING W ZAKRESIE WYGLĄDU ZEWNĘTRZNEGO I HIGIENY OSOBISTEJ	
	- TRENING KULINARNY	lub
	- TRENING SAVOIR-VIVRE	
	- TRENING ASERTYWNOŚCI	55 zł/ 45 min.
	- TRENING KOGNITYWNY (PAMIĘCI, ĆWICZENIA UMYŚLOWE)	
8.	Terapia zajęciowa:	
	- ARTETERAPIA	45 zł/30 min.
	- ERGOTERAPIA	
	- MUZYKOTERAPIA	lub
	- ZAJĘCIA RELASACYJNE	
	- CHOREOTERAPIA	lub
	- BIBLIOTERAPIA	
	- SOCJOTERAPIA	55 zł/ 45 min.
	- ZAJĘCIA KULTURALNO-OŚWIATOWE	
	- WARSZTATY TEATRALNE	55 zł/ 45 min.
	- WARSZTATY MUZYCZNO-TANECZNE	
	-SEANS LAMPA ANTYDEPRESYJNA (15-30 min.)	20 zł

Istnieje możliwość pobytu w Zakładzie na okres krótszy niż jeden miesiąc.

Dzienny koszt pobytu wynosi 150,00 zł