

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

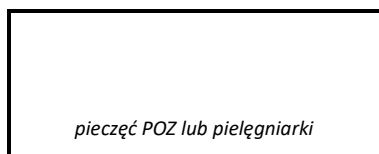
.....
Adres zamieszkania:

.....
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

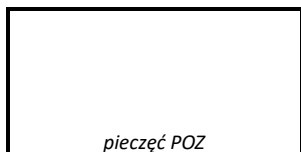
3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel **

.....
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.



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 pielęgniarstwa

KARTA OCENY OSOBY KIEROWANEJ DO ZOL

Ocena wg skali opartej na skali Barthel¹⁾

Imię nazwisko

Adres zamieszkania.....

PESEL/lub inny dokument potwierdzający tożsamość

I.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:.....

.....
Miejscowość, data

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

do REGULAMIN udzielania odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ramach opieki długoterminowej w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ

CENNIK
świadczeń zdrowotnych

I. ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE- 3.700,00 zł brutto/miesiąc

1.	Wyżywienie w postaci 3 posiłków dziennie • 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. • 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. • zajęcia grupowe (45min.) • trening umiejętności społecznych (zajęcia grupowe i indywidualne, dobór treningu w zależności od potrzeb (30 min.)
11.	Materace przeciwoleżynowe - o ile istnieje taka potrzeba
12.	Łóżko rehabilitacyjne, regulowane elektrycznie z barierkami - o ile zachodzi taka potrzeba

II. ŚWIADCZENIA DODATKOWO PŁATNE

1.	Konsultacja lekarza specjalisty spoza pakietu podstawowego	wg cennika podmiotu świadczącego usługi
2.	Terapia logopedyczna	50 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:	
	- JONOFORZA	25 zł / 15min.
	- PRĄDY TENS	25 zł / 15min.
	- PRĄDY INTRFERENCYJNE	25 zł / 15min.
	- ŚWIATŁOTERAPIA (SOLLUX, BIOPTRON)	20 zł / 15min.
	- LASEROTERAPIA	25 zł
	- MAGNETOTERAPIA	25 zł
	- ĆWICZENIA PROWADZONE Z UDZIAŁEM FIZJOTERAPEUTY wg METOD SPECJALNYCH PNF	110 zł / 45min.
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	55 zł / 45 min.
	- TRENING SAVOIR-VIVRE	
	- TRENING ASERTYWNOŚCI	
	- TRENING KOGNITYWNY (PAMIĘCI, ĆWICZENIA UMYSŁOWE)	
8.	Terapia zajęciowa:	
	- ARTETERAPIA	45 zł / 30 min.
	- ERGOTERAPIA	
	- MUZYKOTERAPIA	lub
	- ZAJĘCIA RELASACYJNE	
	- CHOREOTERAPIA	55 zł / 45 min.
	- BIBLIOTERAPIA	
	- SOCJOTERAPIA	35 zł
	- ZAJĘCIA KULTURALNO-OŚWIATOWE	
	- WARSZTATY TEATRALNE	
	- WARSZTATY MUZYCZNO-TANECZNE	
	- SEANS LAMPA ANTYDEPRESYJNA (15-30 min.)	

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

Dzienny koszt pobytu wynosi 150,00 zł