



INFORMACJA DLA PACJENTA I RODZINY

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO- LECZNICZY SP ZOZ CZŁUCHÓW

DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE

SZCZECIŃSKA 31; 77-300 CZŁUCHÓW

TEL. SEKRETARIAT 59 71 42 341

www.spzoz-czluchow.pl

Zakład Opiekuńczo- Leczniczy SP ZOZ Człuchów

pobyt współfinansowany przez NFZ

Wykaz Dokumentów

1. **WNIOSEK** o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego dla pacjenta wentylowanego mechanicznie podpisany przez pacjenta lub jego opiekuna
2. **SKIEROWANIE DO ZOL** wystawione przez lekarza
3. **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** stwierdzające , że osoba ubiegająca się o skierowanie dotyczące przyjęcia do oddziału ZOL potrzebuje całodobowej opieki, pielęgnacji oraz nie wymaga hospitalizacji . Zaświadczenie to powinno zawierać wykaz leków zaleconych pacjentowi na stałe.
4. **WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI**, przeprowadzony przez pielęgniarkę/ pielęgniarza środowiskowych lub przez personel oddziału na którym obecnie przebywa pacjent.
5. **KARTĘ OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO dla pacjenta wentylowanego mechanicznie – SKALA BARTHEL**, potwierdzoną przez lekarza i pielęgniarkę/ pielęgniarza. Lekarz stwierdza czy pacjent wymaga skierowania do ZOL . Warunkiem przyjęcia do ZOL jest uzyskanie nie więcej punktów niż 40 pkt.
6. **KARTĘ OCENY OSOBY KIEROWANEJ DO ZOL – SKALA GLASGOW**, potwierdzoną przez lekarza
7. **DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCY WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA** (np. decyzja o przyznaniu świadczenia renty/ emerytury) osoby ubiegającej się do ZOL
8. **ZAŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU W ZUS/ KRUS/ Zakład Pracy** (kserokopię legitymacji ZUS lub w przypadku osoby pracującej zaświadczenie z pracy)

9. **KSEROKOPIĘ DOWODU OSOBISTEGO**
10. **KSEROKOPIĘ KART INFORMACYJNYCH, DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** (wypisy , dotychczasowe leczenie)
11. **NAZWA BANKU I NUMER KONTA OSOBY KIEROWANEJ DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO**
12. **AKTUALNE WYNIKI BADAŃ** (Morfologia, Jonogram, Mocznik, Kreatynina, OB., CRP, TSH, HBS Ag, RTG, USG, jeżeli osoba kierowana do ZOL posiada
13. **WYMAZ BAKTERIOLOGICZNY** – w przypadku wystąpienia ran, odleżyn, drenów czy cewników
14. **KWALIFIKACJA DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO/ DOJELITOWEGO** w przypadku zaburzeń połykania
15. **OŚWIADCZENIE (PACJENT)** wyrażenie zgody na pobyt w ZOL, informacje dotyczące lekarza rodzinnego, pielęgniarki/ pielęgniarza środowiskowego
16. **OŚWIADCZENIE (OPIEKUN)** wyrażenie zgody na umieszczenie osoby (pacjenta) w ZOL
17. **OŚWIADCZENIE** – zgoda na potrącenia opłaty za pobyt w ZOL
18. **UPOWAŻNIENIE**- wpisanie osoby upoważnionej do otrzymywania informacji o stanie zdrowia pacjenta i podpis osoby upoważnionej i podpis pacjenta
19. **ZOBOWIĄZANIE DO ZAPŁATY 70% ŚWIADCZENIA ZA POBYT W ZOL,** świadczenie jest zawsze przekazywane od nowego miesiąca nie tego co dana osoba została przyjęta.

DOKUMENTY ROZPATRYWANE SĄ PRZEZ KOMISJĘ .

DOKUMENTY NIE KOMPLETNE NIE SĄ PRZYJIMOWANE !!!

WZORY WSZYSTKICH DOKUMENTÓW ZNAJDUJĄ SIĘ NA STRONIE SZPITALA www.spzoz-czluchow.pl
W ZAKŁADCE ZAKŁAD OPIEKUŃCZO- LECZNICZY (DRUKI DO POBRANIA)

WNIOSKI PROSIMY SKŁADAĆ W SEKRETARIACIE ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO O TERMINIE PRZYJĘCIA OSOBY KIEROWANEJ DO ZOL INFORMUJEMY TELEFONICZNIE PRZEZ LEKARZA LUB KOORDYNATORA ODDZIAŁU.

UPRZEJMIEM PROSIMY DO Wniosku dołączyć numer telefoniczny opiekuna/ osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie przyjęcia do ZOL osoby mającej być przyjętej do ZOL.