.....

(miejscowość, data)

.....

(imię i nazwisko)

.....

.....

(adres zamieszkania)

.....

(PESEL i nr dowodu osobistego)

WNIOSEK O PRZYJĘCIE

Wnioskuję o przyjęcie .....do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego na pobyt:

- współfinansowany przez NFZ:
  - ZOL „Biały Orzeł"
  - ZOL „Waligóra"
  - ZOL „Górnik"
  - ZOL w Specjalistycznym Szpitalu Chorób Płuc w Rościszowie
- pełnopłatny
  - DOOM „Biały Orzeł"
  - ZOL „Górnik"
  - ZOL w Specjalistycznym Szpitalu Chorób Płuc w Rościszowie
- pełnopłatny, z możliwością przepisania na pobyt współfinansowany przez NFZ:
  - ZOL „Biały Orzeł"
  - ZOL „Waligóra"
  - ZOL „Górnik"
  - ZOL Rościszów w Specjalistycznym Szpitalu Chorób Płuc w Rościszowie.

Do wniosku dołączam:

1. Wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego.
2. Skierowanie do ZOL (wystawione przez lekarza POZ, szpitalnego lub specjalistę).
3. Wniosek o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego.
4. Zaświadczenie Lekarza Psychiatry lub lekarza kierującego (w przypadku pacjenta kierowanego z Oddziału Szpitalnego).
5. Zaświadczenie lekarskie.
6. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie
7. Kartę Oceny świadczeniobiorcy wg skali Barthel.
8. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym.
9. Zgodę na potrącenie przez właściwy organ rentowny opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym

10. Orzeczenie o ubezwłasnowolnieniu (jeżeli jest)
11. Postanowienie o ustanowieniu opiekuna prawnego (jeżeli jest)
12. Zgodę opiekuna faktycznego na umieszczenie pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym (w przypadku, kiedy pacjent nie jest w stanie wyrazić zgody samodzielnie)
13. Aktualne wypisy ze szpitala, wyniki badań
14. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeżeli jest)
15. Inne……..

Osoby do kontaktu (stopień pokrewieństwa):

1…… Tel. ……
2…… Tel. ……
3…… Tel. ……
4…… Tel. ……

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółkę Sanatoria Dolnośląskie w związku z przyjęciem do Zakładu oraz rozliczaniem z NFZ.

.....
(podpis ubiegającego się o przyjęcie do ZOL/
opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego)

Opinia lekarza Spółki Sanatoria Dolnośląskie kwalifikującego do przyjęcia:

.....
.....
.....
……

..... ……

Data Podpis i pieczątka lekarza

W przypadku negatywnej kwalifikacji, dokumenty*:

- ○ zostaną odebrane osobiście
- ○ należy odesłać na wskazany poniżej adres:

……
……
……

*Zaznaczyć właściwe

WYPEŁNIA PIELĘGNIARKA KOORDYNUJĄCA
Data wpisania w kolejkę oczekujących: ……
UWAGI:

……
Podpis

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W SOKOŁOWSKU/ROŚCISZOWIE

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego)

(pieczęć podmiotu leczniczego lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W SOKOŁOWSKU/ROŚCISZOWIE

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

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD – 10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak /nie) *

Liczba punktów w skali Bartel, którą uzyskał świadczeniobiorca **.....

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie0) *

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu) ***

- do zakładu opiekuńczo- leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego *

.....	.....
Miejscowość, data	Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego w przypadku, gdy lekarz ubezpieczenia wykonuje zawód w tym podmiocie

---

* Niepotrzebne skreślić
** Jeżeli jest wymagana
*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

…… ……

(pieczęć podmiotu leczniczego lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Sokołowsku/Rościszowie: ……

Data urodzenia: ..... **PESEL**: ……

Adres: .....

I. **WYWIAD** (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):

.....

.....

.....

.....

AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI (nazwa, dawkowanie):

.....

.....

.....

.....

BADANIA PRZEDMIOTOWE:

waga ..... wzrost ..... ciepłota ciała: .....

1. **Układ oddechowy**: wydolny – niewydolny
   Duszność: nie – tak, spoczynkowa – wysiłkowa, kaszel: nie – tak, jaki ……
   Plwocina: śluzowa – pienista – ropna – krwista
   Rurka tracheotomijna: nie – tak (rozmiar, data założenia): ……
2. **Układ krążenia:**
   Wydolny – niewydolny (stopień wg NYHA) …….., RR ……. mmHg, tętno/min …….
   Sinica: nie – tak, obwodowa – centralna, obrzęki (umiejscowienie) ……
   Zaburzenia rytmu serca: nie – tak (jakie) ……
   Stymulator serca: nie – tak (typ, rok założenia, przyczyna) ……
   Omdlenia: nie – tak (przyczyna) ……

3. **Układ pokarmowy:**

   Stan odżywienia: norma – otyłość – kacheksja, BMI ……., rodzaj diety ……

   Nietolerancje pokarmowe: nie – tak (jakie) ……

   Stomia: nie – tak, biegunki/zaparcia: nie – tak ……

   Sonda: odżywcza – odbarczająca, gastrostomia: nie – tak

   Nieoperacyjna niedrożność jelit: nie – tak, nudności – wymioty: nie – tak

   Zmiany w jamie ustnej: nie – tak (jakie) ……

4. **Układ moczowo – płciowy:**

   Diureza: norma – wielomocz – skąpomocz – bezmocz

   Nietrzymanie moczu: nie – tak; przerost gruczołu krokowego: nie – tak

   Zakażenia dróg moczowych: nie – tak

   Upławy: nie – tak (przyczyna i rodzaj wydzieliny) ……

5. **Układ ruchu:**

   Ruchomość w stawach: pełna – ograniczona; osteoporoza: nie – tak

   Złamanie kości: nie – tak (umiejscowienie, data urazu, postępowanie dotychczas i dalsze)

   ……

   ……

6. **Układ nerwowy i narządy zmysłów:**

   Stan świadomości: pełna – ograniczona – chory nieprzytomny – stan wegetatywny

   Kontakt słowny: pełny – afazja; kontakt logiczny: pełny – brak

   Niedowład/porażenia: nie – tak (umiejscowienie) ……

   ……

   Wzrok: prawidłowy – niedowidzenie – ślepota – jaskra

   Słuch: prawidłowy – niedosłyszenie – głuchota – aparat słuchowy

   Sen: prawidłowy – odwrócenie rytmu dobowego – bezsenność; pobudzenie psychoruchowe: nie – tak

7. **Skóra:** zaróżowiona – blada – zażółcona - sinica; czysta - brudna; sucha - wilgotna,

   Otarcie naskórka: nie – tak (lokalizacja): ……

   Oparzenia: nie – tak (lokalizacja): ……

   Owrzodzenia żylakowe: nie – tak (umiejscowienie, stan owrzodzenia, leczenie):

   ……

   ……

8. **Odleżyny:** nie – tak

Umiejscowienie odleżyn	Stopień zaawansowania	Rozmiar w cm^2
Kość ogonowa i krzyżowa		
Kostka boczna (prawa-lewa)		
Kostka przyśrodkowa (prawa-lewa)		
Krętarz kości biodrowej (prawy-lewy)		
Pięta (prawa-lewa)		
Guz kulszowy (prawy-lewy)		
Inne obszary ……..		

Rozpoznanie zasadnicze: .....

Choroby współistniejące *)

Choroba zakaźna: tak – nie, jeśli tak to jaka? .....

Gruźlica: tak – nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak – nie

Narkomania/alkoholizm: tak – nie

Choroba nowotworowa: tak – nie, jeśli tak, to czy w fazie terminalnej: tak – nie

Choroba psychiczna tak – nie, jeśli tak, to jaka? .....

Zakres opieki medycznej: Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga:

Wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji: tak – nie

W chwili badania wymaga hospitalizacji: tak – nie

Proces diagnostyczno – terapeutyczny został zakończony: tak – nie

II. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego *).

Wyrażam – nie wyrażam *) zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

…….. ……..

(data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego)

(pieczęć i podpis lekarza – data)

*) – niepotrzebne skreślić

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY
(w przypadku Pacjenta kierowanego z Oddziału Szpitalnego
opinia lekarza prowadzącego)

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Sokołowsku/Rościszowie: ……

Rok urodzenia: .....

Adres zameldowania:.....

.....

Choroba psychiczna:

a) NIE *)
b) TAK *) / jaka: .....
.....

*) niepotrzebne skreślić

.....
(data)

.....
(pieczątka i podpis lekarza psychiatry
lub lekarza kierującego z Oddziału Szpitalnego)

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY

kierowanego do Zakładu Opiekuńczego/ przebywającego w Zakładzie Opiekuńczym[1)]

Ocena Świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel [2)]

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania .....

PESEL ..... a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

L/p	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.	**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 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 (zdarzenie 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 i nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego oraz jego podpis [6]

data, imię i nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego oraz jej podpis [6]

---

1) niepotrzebne skreślić
2) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne : Wskaźnik Barthel" , Maryland State Med. Journal 1965 : 14 :56-61. Wykorzystane za agodą. 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
6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 nie wymienione……

b) higiena ciała

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia *

□ w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie- toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej ……

□ inne nie wymienione……

c) oddawanie moczu

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia *

□ cewnik……

□ inne nie wymienione……

d) oddawanie stolca

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia *

□ pielęgnacja stomii……

□ wykonywanie lewatyw i irygacji……

□ inne nie wymienione……

e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia *

□ z zaawansowaną osteoporozą…….....

□ którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności…….....

□ inne nie wymienione…….....

f) rany przewlekłe

□ odleżyny…….....

□ rany cukrzycowe…….....

□ inne nie wymienione…….....

g) oddychanie wspomagane…….

h) świadomość pacjenta: tak/nie z przerwami *……..

i) inne …….....

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Bartel **……

…… ……..

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*

…… ……..

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć lekarza

---

* 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 Bartel.

Imię i Nazwisko .....

Adres .....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez właściwy organ emerytalno - rentowy opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Sokołowsku/Rościszowie z mojego **świadczenia emerytalno – rentowego**, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Podstawa Prawna: § 8 pkt 3 ppkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych (Dz.U.2012.731).

.....
Miejscowość i data

.....
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego)

OŚWIADCZENIE
OPIEKUNA PRAWNEGO/FAKTYCZNEGO/MAŁŻONKA/SYNA/CÓRKI/CZŁONKA RODZINY/OSOBY TRZECIEJ WZGLĘDEM/ ŚWIADCZENIOBIORCY SKIEROWANEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM
„BIAŁY ORZEŁ" W SOKOŁOWSKU PRZY UL. PARKOWEJ 5
„WALIGÓRA" W SOKOŁOWSKU PRZY UL. GŁÓWNEJ 38
„GÓRNIK" PRZY UL. GŁÓWNEJ 22
W SPECJALISTYCZNYM SZPITALU CHORÓB PŁUC, ROŚCISZÓW 11

(przystąpienie do długu)

Ja niżej podpisana (podpisany) oświadczam, że jestem:
/opiekunem prawnym/faktycznym/
/małżonkiem/
/synem/córką/
/członkiem rodziny/
/osobą trzecią względem/

……

(imię i nazwisko, PESEL)

będącym (będącej) świadczeniobiorcą ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO:
„BIAŁY ORZEŁ" W SOKOŁOWSKU PRZY UL. PARKOWEJ 5
„WALIGÓRA" W SOKOŁOWSKU PRZY UL. GŁÓWNEJ 38
„GÓRNIK" W SOKOŁOWSKU PRZY UL. GŁÓWNEJ 22
W SPECJALISTYCZNYM SZPITALU CHORÓB PŁUC, ROŚCISZÓW 11

W związku z tym:

1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się jako opiekun prawny/opiekun faktyczny/małżonek/syn/córka/członek rodziny/osoba trzecia względem/ ww. świadczeniobiorcy z zasadami przyjęcia, funkcjonowania, pobytu i odpłatności za pobyt oraz warunkami wypisu - określonymi w umowie o świadczenie usług medyczno - opiekuńczych ZOL oraz że je akceptuję w całości.

2. Zobowiązuję się do zapłaty należności za pobyt ww. świadczeniobiorcy w:
ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM:
1) „BIAŁY ORZEŁ" W SOKOŁOWSKU PRZY UL. PARKOWEJ 5
2) „WALIGÓRA" w SOKOŁOWSKU przy UL. GŁÓWNEJ 38
3) „ GÓRNIK" w SOKOŁOWSKU przy UL. GŁÓWNEJ 22
W SPECJALISTYCZNYM SZPITALU CHORÓB PŁUC, ROŚCISZÓW 11
zgodnie z terminem zapłaty wynikającym z umowy zawartej ze świadczeniobiorcą w dniu …….. Jednocześnie zostałem poinformowany, że w przypadku nieuregulowania należności w terminie nastąpi skreślenie ww. z listy świadczeniobiorców ZOL i odesłanie go do miejsca zamieszkania, bądź ostatniego pobytu, a także dochodzenia zapłaty na drodze postępowania sądowego.

3. Zobowiązuję się do terminowego odbioru ww. świadczeniobiorcy po zakończonym pobycie w tym Zakładzie. W przypadku nieodebrania w wyznaczonym terminie zobowiązuję się ponieść koszty jego (jej) pobytu począwszy od dnia następnego po wyznaczonym terminie wypisu według cennika obowiązującego w Zakładzie. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany o tym, że okres pobytu ww. świadczeniobiorcy w ZOL jest uzależniony od uzyskanej ilości punktów w ocenie wg SKALI BARTHEL oraz o tym, że jeżeli punktacja przekroczy 40 punktów jego pobyt przestaje być współfinansowany przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu i zostanie on wypisany z ZOL.

4. Zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów usunięcia szkód w mieniu ZOL, powstałych z winy świadczeniobiorcy, jak również osób go odwiedzających, w okresie pobytu świadczeniobiorcy w ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM:
„BIAŁY ORZEŁ" W SOKOŁOWSKU PRZY UL. PARKOWEJ 5,
„WALIGÓRA" W SOKOŁOWSKU PRZY UL. GŁÓWNEJ 38
„GÓRNIK" W SOKOŁOWSKU PRZY UL; GŁÓWNEJ 22
W SPECJALISTYCZNYM SZPITALU CHORÓB PŁUC W ROŚCISZOWIE 11

5. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych, w tym: numeru PESEL, numeru dokumentu tożsamości (w przypadku braku numeru PESEL), danych kontaktowych, danych niezbędnych do zawarcia i realizacji umowy, a także danych dotyczących pokrewieństwa – przez Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Parkowej 3, 58-351 Sokołowsko, będące Administratorem Danych Osobowych.
Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), w tym w szczególności o:

1. prawie dostępu do treści moich danych,
2. prawie ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
3. prawie wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem,
4. prawie wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
5. prawie przenoszenia danych,
6. prawie wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczam ponadto, że podanie danych osobowych było dobrowolne, a jednocześnie niezbędne do realizacji celu, w jakim są przetwarzane. Potwierdzam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej Administratora, obejmującą informacje dotyczące celu, zakresu oraz sposobu przetwarzania danych osobowych.

6. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a, że ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY:
„BIAŁY ORZEŁ" W SOKOŁOWSKU PRZY UL. PARKOWEJ 5,
„WALIGÓRA" W SOKOŁOWSKU PRZY UL. GŁÓWNEJ 38
W SPECJALISTYCZNYM SZPITALU CHORÓB PŁUC, ROŚCISZÓW 11
nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste ww. świadczeniobiorcy, jego rzeczy wartościowe (środki finansowe, biżuterię) nie zdeponowane w magazynie depozytowym,

Dane osoby składającej oświadczenie:

Imię i nazwisko: ……

Imię ojca: ……

PESEL:……

Adres zamieszkania:……

Seria i numer dowodu osobistego:……..

…….. ……..

data i podpis
składającego oświadczenie

data i podpis
przyjmującego oświadczenie

Miejscowość……. data ……..

……

……

……

(imię nazwisko,

adres osoby składającej oświadczenie)

Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o.
ul. Parkowa 3
58-351 Sokołowsko

ZGODA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO NA PRZYJĘCIE PACJENTA
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Imię i nazwisko pacjenta: .....
Nr PESEL pacjenta: .....
Adres zamieszkania pacjenta: .....

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego: .....
Nr PESEL opiekuna faktycznego: .....

Działając jako opiekun faktyczny, oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie pacjenta……......

(imię i nazwisko pacjenta)

którego stan zdrowia tego wymaga i oraz to uzasadnia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym w ……

(nazwa i adres ZOL)

prowadzonym i wchodzącym w skład Sanatorów Dolnośląskich sp. z o.o. z siedzibą w Sokołowsku przy ul. Parkowej 3 od dnia złożenia niniejszego oświadczenia.

Jednocześnie oświadczam, że sprawuję nad ww. pacjentem opiekę faktyczną, a w chwil obecnej
jest on/nie jest* ubezwłasnowolniony i może/nie może* on wyrazić samodzielnie zgodę w tym zakresie.

Ponadto oświadczam, że jest/nie jest* mi znany jego opiekun/przedstawiciel prawny i zobowiązuję się do poinformowania go o zaistniałym stanie rzeczy*, wystąpić do właściwej

instytucji państwowej ze stosownym wnioskiem mającym na celu uregulowanie sytuacji prawnej pacjenta.

Dodatkowo zobowiązuje się do pokrycia wszelkich kosztów związanych z przyjęciem pacjenta do wskazanego na wstępie, w tym kosztów jego transportu oraz pobytu, w sytuacji, gdyby nie było możliwym sfinansowanie tych opłat ze środków stanowiących własność pacjenta. W tym też celu akceptuję w pełni umowę na świadczenie usług opiekuńczych przez Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o., której pełna treść jest mi znana, w tym w szczególności miesięczny koszt pobytu pacjenta w tymże ZOL-u.

.....
miejscowość, data,
podpis opiekuna faktycznego

Przed podpisaniem ww. oświadczenia potwierdziłam(-em) tożsamość ww. opiekuna faktycznego pacjenta na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości.

.....
miejscowość, data
imię i nazwisko oraz podpis osoby
odbierającej oświadczenie od opiekuna faktycznego

załączniki:
-umowa na świadczenie usług opiekuńczych;

*zakreślić właściwe;

INFORMACJE DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZOL

1. W dniu przyjęcia pacjenta do ZOL obowiązkowe jest:
   a) obecność członka rodziny lub opiekuna faktycznego/prawnego pacjenta z dowodem tożsamości,
   b) dostarczenie pełnej dokumentacji niezbędnej do przyjęcia do ośrodka oraz dotychczasowej dokumentacji medycznej.
2. ZOL nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe pacjenta, pieniądze oraz dokumenty.
3. ZOL jest obiektem otwartym – pacjent, w zależności od stanu zdrowia, może swobodnie poruszać się po terenie placówki i przyległym terenie.
4. Pobyt pacjenta w ZOL ma charakter czasowy.
5. Do zakładu opiekuńczo – leczniczego nie przyjmuje się pacjenta, jeżeli jego głównym rozpoznaniem, jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie. Zatajenie istotnych informacji o stanie zdrowia jest podstawą do wypisu z ośrodka.
6. Odwiedziny pacjenta odbywają się codziennie, od poniedziałku do piątku od godziny 13:30, natomiast w sobotę i niedzielę od godziny 12:30. Ośrodek zastrzega sobie możliwość wprowadzenia zmian. Czas odwiedzin nie może zakłócać prawidłowej pracy oddziału.
7. Wyjście pacjenta na przepustkę odbywa się tylko za zgodą lekarza prowadzącego.
8. Pobyt pacjenta w ZOL ma charakter dobrowolny.
9. W przypadku chorych nie mogących wyrazić świadomie zgody na umieszczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym konieczne jest uzyskanie postanowienia Sądu Opiekuńczego o umieszczeniu pacjenta bez jego zgody lub złożenie dokumentów i rozpoczęcie procedury ubezwłasnowolnienia w Sądzie Okręgowym. W przypadku braku postanowienia sądu niezbędne jest podpisanie **Zgody Opiekuna Faktycznego na Przyjęcie Pacjenta do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego** oraz dostarczenie odpowiednich dokumentów sądowych po zakończeniu procedury ustanowienia opiekuna prawnego.
10. Wypisanie pacjenta następuje:
    a) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym ośrodku,
    b) gdy istnieje konieczność przebywania w innym podmiocie,
    c) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego lub faktycznego,
    d) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

11. Wszelkie informacje na temat stanu zdrowia pacjenta uzyskać może osoba upoważniona.
12. Wnoszenie oraz przyjmowanie własnych leków jest zakazane. Wyjątek stanowi pobyt pełnopłatny, podczas którego konieczne jest dostarczenie i przekazanie wymaganych leków pielęgniarce oddziałowej. Leki aplikowane są przez personel medyczny.
13. Pacjent przebywający na pobycie z dofinansowaniem przez NFZ, objęty jest opieką i ma zapewnione niezbędne leki, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze (np. pielucho-majtki), badania diagnostyczne. **W ZWIĄZKU Z TYM ANI PACJENT ANI OPIEKUN FAKTYCZNY/PRAWNY, NIE MOŻE ZGŁOSIĆ SIĘ DO PRZYCHODNI NP. PO PORADĘ LEKARSKĄ, RECEPTĘ, ŚRODKI HIGIENICZNE ITP.**
14. Opiekun faktyczny/ustawowy **zobowiązany jest dostarczać każdorazowo po jego zmianie, aktualny dokument stwierdzający wysokość dochodu pacjenta** tj.:
    a) decyzja organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; lub
    b) decyzja o przyznaniu zasiłku stałego.
15. Zleceniodawca ponosi odpowiedzialność za niezwłoczne informowanie właściwej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o terminie rozpoczęcia (zakończenia) pobytu Świadczeniobiorcy w ZOL.
16. W przypadku ustanowienia opiekuna prawnego, do ośrodka należy złożyć kserokopię postanowienia sądu.
17. Wszelkie uwagi lub wnioski dotyczące pobytu powinny być zgłaszane do pielęgniarki oddziałowej ZOL.

……

podpis ubiegającego się o przyjęcie do ZOL
opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego