pieczęć firmowa

zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

Osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego „SANUS” ,

ul. Władysława Orkana 8, 44-310 Radlin

Nazwisko…………………………….. Imię……………………………..

Data urodzenia……………………………PESEL…………………………

Adres…………………………………………………………………………

Nazwisko i imię opiekuna prawnego lub członka rodziny sprawującej opiekę nad w/w………………………………………………………………………

Adres……………………………………………………………………………

Nr telefonu………………………………………………………………………

Adres mail (lub inny sposób kontaktu) ………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. BADANIE PRZEDMIOTOWE

Waga…………….wzrost……………………….ciepłota………….….

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe………………………………….
2. Układ oddechowy…………………………………………………..
3. Układ krążenia : wydolny - niewydolny;

ciśnienie krwi…………….

tętno/min……………

1. Układ trawienny…………………………………………………….
2. Układ moczowo-płciowy……………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………

1. Układ nerwowy i narządów zmysłów……………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Rozpoznanie zasadnicza)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………….

1. Schorzenia współistniejące \*
2. Choroba zakaźna: tak/nie, jeśli tak to jaka?..............................................................................................
3. Gruźlica: tak/nie, jeśli tak to czy w stadium zakaźnym :tak/nie
4. Choroba psychiczna : tak/nie, jeśli tak to jaka?

………………………………………………………………….

1. Uzależnienia\*
2. alkoholizm: tak/nie
3. narkomania: tak/nie
4. inne………………………………………………………………
5. STOPIEŃ SAMODZIELNOŚCI WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO:

S- samodzielny, O- z ograniczeniami, Z- zależny

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | S | O | Z |
| Poruszanie się |  |  |  |
| Toaleta |  |  |  |
| Przyjmowanie posiłków |  |  |  |
| Wydalanie |  |  |  |
| Organizacja czasu wolnego |  |  |  |

1. STWIERDZA SIĘ, ZE OSOBA WYŻEJ WYMIENIONA W CHWILI BADANIA NIE WYMAGA HOSPITALIZACJI.
2. OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO ZAKŁADU LUB JEJ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO.\*

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

……………………………………….

( data i podpis osoby kierowanej do zakładu

lub jej przedstawiciela ustawowego\*)

…...................................................

( data, pieczęć i podpis lekarza)

\*) niepotrzebne skreślić

Załącznik

do ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO O STANIE ZDROWIA

osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZPO „SANUS”

Nazwisko i imię……………………………..

PESEL……….……………………………..

Informacje dodatkowe dla ZPO

1. Zażywane lekarstwa

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w chorobach przewlekłych |  | Postać leku | dawkowanie |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |

……………………………………..

(data, podpis i pieczątka lekarza lub pielęgniarki)

Nazwisko i imię……………………………………………………………..….

PESEL……………………………………………………………………………

Adres zamieszkania………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

**UPOWAŻNIENIE**

*(zgodnie z Ustawą o prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku)*

1. Upoważniam do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia \*

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

1. Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mego stanu zdrowia oraz udzielanych mi świadczeń zdrowotnych \*

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………..

(podpis pacjenta)

*\*) należy podać dane osobowe upoważnianej. Pacjent może podać w obu przypadkach tę samą osobę, może podać różne osoby. Pacjent ma prawo nie upoważniać nikogo*

**Wniosek**

**o przyjęcie do ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO „SANUS” w Radlinie**

1. **Dane osoby starającej się o przyjęcie**

1. Imię i nazwisko………………………………………………………..
2. PESEL…………………………………………………………………
3. Data i miejsce urodzenia………………………………………………
4. Miejsce zamieszkania…………………………………………………

**2. Dane opiekuna prawnego, lub członka rodziny sprawującego opiekę:**

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………..
2. Adres……………………………………………………………………..
3. Telefon/ mail ( lub inny sposób kontaktu …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………….

**Ja niżej podpisany (-a) proszę o przyjęcie do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego „SANUS” w Radlinie** oraz wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt w wysokości 69,00 zł / osobodzień do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który wnoszona jest opłata. Nieuiszczenie opłaty oznacza rezygnację z pobytu w ZPO „SANUS”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych do celów związanych z pobytem.

……………………………………. (data i podpis zgłaszającego

lub jego przedstawiciela ustawowego)

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „SANUS”

44-310 Radlin

Ul. Władysława Orkana 8

Tel. 661 205 550

mail. biuro.sanus@tlen.pl

**INFORMACJE DLA PACJENTA**

1. ZPO „SANUS” działa na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ).
2. Jest to placówka stacjonarna, w której prowadzi się opiekę całodobową, obejmującą świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego dla pacjentów nie wymagających leczenia szpitalnego.

Do zakładu przyjmowani są pacjenci, których stan nie wymaga stałego nadzoru lekarskiego oraz hospitalizacji, natomiast konieczne są długotrwałe zabiegi pielęgniarskie.

1. ZPO „SANUS” . zapewnia pacjentowi następujące usługi:
2. zdrowotne

* Pielęgnacyjne (całodobowo)
* Lecznicze ( w formie okresowych konsultacji lekarskich )
* Diagnostyczne ( w zakresie niezbędnym do kontynuacji leczenia)
* Rehabilitacji ruchowej na podstawie zlecenia lekarza zakładu
* Usługi opiekuńcze
* Edukację zdrowotną

1. Wyżywienie – pełne

* Śniadanie
* Obiad
* Podwieczorek
* Kolacja

1. Wypełnienie czasu wolnego - TV, video, książki, gazety, radio, pogadanki na tematy zdrowotne, dietetyczne, itp…
2. Opiekę duszpasterską
3. Całodobową opiekę pielęgniarską zapewnia wykwalifikowany personel pielęgniarski i opiekuńczy a także osoby przyjazne osobom starszym.

( dbają o zdrowie, komfort oraz dobre samopoczucie Pacjentów;

dozują leki pacjentom, zmieniają pościel, karmią, pomagają wykonywać podstawowe czynności życiowe)

1. Opiekę lekarską zabezpieczają lekarze z tytułami doktorskimi z długoletnim stażem pracy w zakresie medycyny rodzinnej.
2. Istnieje możliwość skorzystania z dodatkowych zabiegów rehabilitacyjnych w przychodni , która mieści się w tym samym budynku.

( masaże, światłolecznictwo, krioterapia miejscowa itp.)

1. Zakład działa na zasadach komercyjnych tj. pełnopłatnych.

Dzienny koszt pobytu wynosi:

69,00 zł/ osobodzień – przy pobytach powyżej 7 dni

75,00 zł / osobodzień – przy pobytach do 7 dni

Opłata nie obejmuje lekarstw, innych środków farmakologicznych, opatrunkowych, pampersów, ubioru, okularów, aparatów ortopedycznych, słuchowych, itp..

W przypadku konieczności konsultacji specjalistycznej ZPO „SANUS” informuje Pacjenta lub jego opiekuna ustawowego o tym fakcie , który decyduje o sposobie jej wykonania ( konsultacja w ramach ubezpieczenia lub konsultacja płatna).

W przypadku konieczności hospitalizacji Pacjenta – Pacjentowi zwracana jest kwota niewykorzystanych osobodni skorygowana o koszty transportu sanitarnego.

1. Zgłaszający się pacjent powinien posiadać:

* Dowód osobisty
* Legitymację ubezpieczeniową
* Kopię wypisu ze szpitala oraz inne dokumenty-lekarsko-lecznicze dotyczące podawania lekarstw lub innych środków np. ziół
* 2 sztuki odzieży nocnej
* Pantofle domowe
* Bieliznę osobistą
* Komplet wygodnego ubrania domowego ( np.. dres, itp.)
* Środki higieny osobistej- grzebień, mydło, szampon, szczoteczkę do zębów, 2 gąbki ( jasną i ciemną), obcinacz paznokci, jednorazowe maszynki do golenia)
* Ręczniki (4 sztuki- 2 jasne i 2 ciemne))

1. Zgłaszający się pacjent powinien posiadać wypełnione następujące dokumenty:

* Wniosek o objęcie opieką na oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym
* Upoważnienie do dostępu do informacji o stanie zdrowia
* Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
* Karta kwalifikacji pacjenta do opieki w ZPO
* Podpisane oświadczenie potwierdzające zapoznanie się z warunkami pobytu w ZPO „SANUS”

*Nasza placówka wyposażona jest w urządzania pozwalające na bezpieczny i komfortowy pobyt. Wszystkie łóżka są elektrycznie regulowane z materacami pozwalającymi na zabezpieczenie przed odleżynami.*

*Posiadamy niezbędna urządzenia medyczne takie jak ssak, inhalator, podnośnik, EKG*, *koncentrator tlenu itp*. *Pokoje i pomieszczenia są wyremontowane, wyposażone w nowe meble, żaluzje przeciwsłoneczne na oknach itp.*

*Do dyspozycji Pacjentów jest jadalnia z pokojem dziennym, kuchnia , łazienki przystosowane dla osób niepełnosprawnych.*

*W niedługim czasie wykonana zostanie winda.*

*Naszym celem jest zapewnienie naszym Pacjentom przyjaznej , miłej i serdecznej atmosfery aby czuli się u nas dobrze i bezpiecznie .*

Pracownicy i kierownictwo

ZPO „SANUS”

Oświadczam

że zapoznałem/zapoznałam się z warunkami pobytu w ZPO „ SANUS” i akceptuję powyższe

…………………………………………….

Data i podpis osoby ubiegającej się o pobyt lub opiekuna prawnego