

Regulamin Porządkowy
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Przemyślu
ul. Jasińskiego 15, 37-700 Przemyśl

ROZDZIAŁ I

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Regulamin określa zasady organizacji i funkcjonowania Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Przemyślu, zwanego dalej "Zakład", bądź "ZOL", w tym m.in.:
 - 1) stanowi wytyczne postępowania w procesie przyjmowania, terapii, pielęgnacji, rehabilitacji i opieki nad pacjentami ZOL,
 - 2) reguluje zasadnicze aspekty związane z warunkami udzielania świadczeń zdrowotnych w ZOL, w tym związanych z pobytem pacjenta w Zakładzie z zachowaniem praw i obowiązków pacjenta.
2. Zakład Opiekuńczo - Leczniczy jest podmiotem leczniczym wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Wojewody Podkarpackiego W-18 pod nr 000000010149 i jednostką organizacyjną Powiatu Przemyskiego.

ROZDZIAŁ II

§ 2

CELE I ZADANIA PODMIOTU

1. Celem Zakładu jest przeprowadzenie procesu leczniczo-terapeutyczno-rehabilitacyjnego, który ma poprawić funkcjonowanie, nauczyć samoopieki pacjenta oraz w miarę możliwości, umożliwić mu powrót do domu. Osoby, które w ocenie wg skali Barthel uzyskały do 40 punktów ze względu na stan zdrowia, niepełnosprawność, brak możliwości samodzielnego funkcjonowania lub mają zakończone leczenie szpitalne, diagnozowanie i nie wymagają dalszej hospitalizacji, kwalifikują się do objęcia całodobową profesjonalną opieką lekarską, pielęgnarską oraz rehabilitacją i kontynuacją leczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.
2. Główne zadania realizowane w ZOL to:
 - 1) świadczenia udzielane przez lekarza,
 - 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę,

- 3) rehabilitacja ogólna w podstawowym zakresie, prowadzona w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego,
- 4) terapia zajęciowa,
- 5) świadczenia psychologa,
- 6) leczenie dietetyczne,
- 7) świadczenia logopedy,
- 8) świadczenia kapelana,
- 9) badania diagnostyczne i leczenie farmakologiczne w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej,
- 10) zaopatrzenie pacjenta w wyroby medyczne i środki pomocnicze stosowane przy udzielaniu świadczeń w zakresie stacjonarnej opieki długoterminowej,
- 11) edukacja zdrowotna, przygotowująca pacjenta i jego rodzinę lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,
- 12) zapewnienie transportu medycznego .

ROZDZIAŁ III

§ 3

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES I MIEJSCE UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Zakład w ramach swojej działalności udziela świadczeń, wskazanych w § 2 ust. 2 niniejszego regulaminu.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w budynku Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Przemyślu, położonego przy ul. Jasińskiego 15, 37-700 Przemyśl.
3. ZOL pracuje w systemie ciągłym, sprawując całodobową opiekę.

ROZDZIAŁ IV

§ 4

ZASADY PRZYJMOWANIA I POBYTU PACJENTA W ZAKŁADZIE

1. Do Zakładu przyjmowani są świadczeniobiorcy na podstawie skierowań wydanych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego lub przez szpital, bądź właściwy sąd opiekuńczy.
2. Zakład prowadzi harmonogram przyjęć osób oczekujących zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia według kolejności wpłynięcia skierowań. Termin przyjęcia pacjenta ustalany jest z Dyrektorem ZOL, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa

i wyznaczany jest w zależności od dysponowania wolnym miejscem, zgodnie z kolejką osób oczekujących.

3. Zgodę na przyjęcie lub odmowę przyjęcia do Zakładu podejmuje Dyrektor ZOL, o powyższej decyzji osoba ubiegająca się, bądź jej przedstawiciel lub pełnomocnik zostaje poinformowana pisemnie lub telefonicznie.
4. Informacja o ustalonym terminie przyjęcia przekazywana jest osobie zainteresowanej telefonicznie.
5. Świadczeniobiorca bądź jego przedstawiciel lub pełnomocnik, jest zobowiązany do poinformowania o rezygnacji z ubiegania się o przyjęcie do Zakładu, bez względu na powód. W przypadku rezygnacji z proponowanego terminu przyjęcia, świadczeniobiorca zostaje skreślony z listy osób oczekujących i poinformowany o tym w formie telefonicznej lub pisemnej.
6. Z wnioskiem o przyjęcie do Zakładu, występuje świadczeniobiorca, bądź jego przedstawiciel lub pełnomocnik. W przypadku, gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu nie pozwala na świadome wyrażenie zgody na to przyjęcie, a osoba ta nie posiada przedstawiciela ustawowego, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielenia zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonywane.
7. Czas pobytu pacjenta w Zakładzie jest uzależniony od jego stanu zdrowia; jeżeli ocena stanu przekroczy 40 punktów w skali Barthel, Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje pobyt pacjenta do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego, jest to czas w którym pacjent musi opuścić ZOL. O ponowne skierowanie do zakładu świadczeniobiorca może się starać w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, jest wpisywany od początku do kolejki oczekujących.
8. Do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego przyjmuje się pacjenta w oparciu o złożoną dokumentację na podstawie skierowania.
9. Dokumentami niezbędnymi do przyjęcia do Zakładu są:
 - 1) wniosek o wydanie skierowania osoby do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Przemyślu (z wnioskiem może wystąpić osoba ubiegająca się, o przyjęcie do zakładu, lub jej przedstawiciel ustawowy, lub inna osoba za zgodą tej osoby, lub szpital bądź inny uprawniony podmiot), którego wzór stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego regulaminu,
 - 2) zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza prowadzącego, którego wzór określają odrębne przepisy stanowi integralną część **załącznika nr 3**, gdy pacjent przebywa w szpitalu, lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego potwierdzającego, że w/w osoba wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji,

- 3) wywiad pielęgniarski pielęgniarki środowiskowej, lub pielęgniarki opieki długoterminowej, lub pielęgniarki szpitala, w którym chory przebywa, **stanowi załącznik nr 3**, oraz ocena stanu sprawności fizycznej chorego wg skali Barthel, którego wzór określają odrębne przepisy stanowi **załącznik 4** do niniejszego regulaminu,
 - 4) skierowanie do zakładu opiekuńczo — leczniczego, którego wzór określają odrębne przepisy, którego wzór stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego regulaminu,
 - 5) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu pacjenta :
 - a) oryginał lub kserokopia potwierdzona za zgodność decyzji organu emerytalno - rentowego ustalającego wysokość emerytury lub renty wraz z odcinkiem świadczenia z ostatniego miesiąca, poprzedzającego przybycie pacjenta do zakładu,
 - b) oryginał lub kserokopia potwierdzona za zgodność decyzji organu pomocy społecznej o przyznaniu zasiłku stałego,
 - 6) zgoda osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu i / lub jej przedstawiciela ustawowego, na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, ze świadczenia przyznanego mu przez odpowiedni organ,
 - 7) pełna dokumentacja medyczna obrazująca przebieg dotychczasowego leczenia,
 - 8) skala Glasgow - wypełniana w przypadku zaburzeń świadomości (wzór stanowi **załącznik nr 5** do niniejszego regulaminu),
 - 9) karta kwalifikacji/kontynuacji żywienia dojelitowego - jeżeli wymaga (wzór stanowi **załącznik nr 6** do niniejszego regulaminu).
10. Oceny skalą Barthel (wzór stanowi **załącznik nr 4** do niniejszego regulaminu) dokonuje:
- 1) przed przyjęciem świadczeniobiorcy do Zakładu lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego ,
 - 2) w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do Zakładu, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia, lekarz i pielęgniarka Zakładu.
11. W przypadku podejrzenia nieprawidłowego stanu odżywienia u przyjmowanego pacjenta zespół przyjmujący wykonuje Subiektywną Globalną Ocenę Stanu Odżywienia (SGA) (załącznik nr 7).
12. W dniu przyjęcia pacjenta do Zakładu Opiekuńczo- Lecznicznego pacjent winien posiadać:
- 1) dokument tożsamości,
 - 2) dokument potwierdzający ubezpieczenie,
 - 3) stale przyjmowane leki w dawce wystarczającej na pierwszy dzień pobytu. (Zakład zapewnia pacjentom leki, ale w dniu przyjęcia może nie dysponować wszystkimi farmaceutykami używanymi przez pacjenta),
 - 4) aktualną dokumentację medyczną z dotychczasowego leczenia.

13. Przyjęcia świadczeniobiorców do Zakładu odbywają się w godzinach uzgodnionych z Dyrektorem ZOL.
14. W stanie epidemii, przed przyjęciem pacjenta, wymagany jest uprzedni kontakt telefoniczny (lub za pomocą środków informatycznych) z Zakładem.
15. Przed przyjęciem do Zakładu świadczeniobiorcy, bądź ich opiekunowie prawni lub opiekunowie faktyczni, zapoznają się i akceptują zasady przyjęcia, funkcjonowania, pobytu i odpłatności za pobyt.
16. Zakład zastrzega sobie prawo do zmiany miejsca pobytu świadczeniobiorcy w obrębie ZOL (łóżko i sala) w zależności od potrzeb oraz jego stanu (pacjenta).
17. Do Zakładu nie przyjmuje się świadczeniobiorców, u których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie (zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej).
18. Świadczeniobiorca nie może przebywać w Zakładzie wbrew własnej woli. Zgoda świadczeniobiorcy na pobyt jest podstawowym warunkiem jego przebywania w Zakładzie. W przypadku chorych nie mogących wyrazić świadomie zgody na umieszczenie w ZOL konieczne jest uzyskanie postanowienia Sądu o umieszczeniu pacjenta bez jego zgody. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, do zgody Sądu na umieszczenie w Zakładzie należy dołączyć:
 - 1) postanowienie Sądu o ubezwłasnowolnieniu,
 - 2) postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
19. Zakład wypisuje świadczeniobiorcę w przypadku gdy:
 - 1) stan jego zdrowia i samoobsługi uległ poprawie w tak istotnym stopniu, że w ocenie według Skali Barthel otrzymał powyżej 40 punktów i nie wymaga on dalszych, całodobowych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
 - 3) 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;
20. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

21. W przypadku, o którym mowa w ust 20, niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.
22. Pacjent występujący z żądaniem, o którym mowa w ust. 19 pkt 2, jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
23. Opiekun prawny lub opiekun faktyczny (np. członkowie rodziny) zobowiązuje się do odebrania świadczeniobiorcy w dniu wyznaczonym przez lekarza lub Dyrektora ZOL.
24. Opiekun prawny, bądź faktyczny, zobowiązuje się do odebrania rzeczy świadczeniobiorcy w terminie nie przekraczającym 2 tygodni od opuszczenia Zakładu przez pacjenta lub jego zgonu.
25. Pobyt pacjenta jest finansowany z dwóch źródeł, są to:
 - 1) środki z Narodowego Funduszu Zdrowia, które pokrywają koszty gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielanych w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych,
 - 2) środki własne pacjenta, które pokrywają koszty wyżywienia i zakwaterowania w ZOL.

ROZDZIAŁ V

§ 5

ODPŁATNOŚĆ ZA POBYT W ZOL

1. Sposób ustalania odpłatności za pobyt w Zakładzie określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.
2. Miesięczną opłatę za pobyt w ZOL, osoby skierowanej do Zakładu albo w nim przebywającej, ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % dochodu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
3. Opłatę za pobyt w ZOL ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy, a w szczególności decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji wymagane jest złożenie zgody świadczeniobiorcy (**załącznik nr 11**) ubiegającego się o skierowanie do Zakładu, bądź jego opiekuna prawnego, na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie przez właściwy organ rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ lub innych dokumentów, z których wynika wysokość dochodu świadczeniobiorcy.

4. O wysokości opłaty pacjent i/lub jego opiekun/przedstawiciel ustawowy jest informowany przy przyjęciu do ZOL.
5. Opłata za pobyt w przypadku czasowej nieobecności w ZOL w danym miesiącu jest obniżana do 70% opłaty pobieranej za dni pobytu, mnożąc odpowiednio liczbę dni udokumentowanej nieobecności w danym miesiącu (np. przepustki, pobytu w innym podmiocie leczniczym na oddziale szpitalnym).
6. Miesięczną opłatę za pobyt w ZOL ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu osoby przebywającej w Zakładzie.
7. Świadczeniobiorca jest zobowiązany do niezwłocznego poinformowania Dyrektora Zakładu o wszystkich zdarzeniach mających wpływ na ustalenie opłaty, w tym do przedłożenia dokumentów potwierdzających zmianę wysokości jego dochodu.
8. ZOL ma prawo do dokonania weryfikacji wysokości dochodu na podstawie dostarczonych dokumentów i naliczenie właściwej wysokości opłaty za pobyt w Zakładzie.
9. Wpłaty za pobyt w ZOL uiszczane są na konto bankowe Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego lub gotówką w Sekcji Przyjęć i Obsługi Pacjenta.
10. Zakład za zgodą świadczeniobiorcy wyrażonej przy przyjęciu do ZOL (**załącznik 11**) występuje do właściwego podmiotu (organu) o potrącenie z przysługującego świadczenia (np. emerytalnego, rentowego) ustalonej kwoty za pobyt w ZOL.
11. W przypadku nieuregulowania w terminie należnej opłaty ZOL podejmie działania w celu jej wyegzekwowania, a w razie ich nieskuteczności będzie dochodził roszczenia z tego tytułu na drodze sądowej.
12. Jeżeli pacjent nie jest w stanie dokonywać opłat za pobyt w ZOL, Zakład ma prawo odmówić realizowania świadczeń na rzecz tego pacjenta.
13. Dopuszcza się, by osoba trzecia dokonywała zapłaty za pobyt pacjenta w Zakładzie w części w której kwota ta nie zostanie pokryta z uzyskiwanego przez świadczeniobiorcę przychodu. W tym celu osoba ta winna złożyć oświadczenie, zgodnie z treścią **załącznika nr 13**.

ROZDZIAŁ VI

§ 6

PRAWA I OBOWIĄZKI ŚWIADCZENIOBIORCÓW ORAZ OSÓB ICH ODWIEDZAJĄCYCH

1. Świadczeniobiorca ma prawo do:
 - 1) świadczeń zdrowotnych, odpowiadających aktualnym wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do

korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,

- 2) informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
 - 3) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 4) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
 - 5) udostępniania mu dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniana,
 - 6) zapewnienia ochrony wszelkich danych osobowych dotyczących jego osoby, będących w dyspozycji Zakładu,
 - 7) pełnego dostępu do informacji o prawach pacjenta,
 - 8) korzystania z przepustek (okresowego przebywania świadczeniobiorcy poza Zakładem) w wymiarze do 10 % czasu pobytu w Zakładzie w danym roku, udzielanych przez lekarza w porozumieniu z kierownikiem działu,
 - 9) zapewnienia mu środków farmaceutycznych i materiałów medycznych w zakresie tego wymagającym,
 - 10) zapewnienia mu pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
 - 11) przechowywania wartościowych rzeczy (pieniędzy, kosztowności) w depozycie Zakładu,
 - 12) wskazania osoby lub instytucji, którą Zakład obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia, powodującego zagrożenie życia albo w razie jego śmierci,
 - 13) wypisania z Zakładu na własne żądanie, o ile stan jego zdrowia na to pozwala, a pisemne oświadczenie woli zostało złożone świadomie oraz ma możliwości i warunki powrotu do środowiska domowego,
 - 14) uzyskania od lekarza pomocy lekarskiej (w tym pomocy pogotowia ratunkowego) w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w przypadkach nie cierpiących zwłoki (nagłe stany medyczne),
 - 15) uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
 - 16) opieki duszpasterskiej,
 - 17) spokoju pobytu, poszanowania jego praw i godności ludzkiej.
2. Świadczeniobiorca jest zobowiązany do:
- 1) przestrzegania określonego w ZOL porządku, w tym przepisów przeciwpożarowych,
 - 2) wykonywania zaleceń personelu medycznego,

- 3) zachowania, uwzględniającego powinność poszanowania praw innych pacjentów,
 - 4) odpowiedzialności materialnej za przydzielone do korzystania przedmioty, stanowiące własność ZOL,
 - 5) odpowiedzialności za wyrządzone w ZOL szkody, na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
 - 6) przestrzegania ciszy nocnej w godzinach 22:00 — 06:00,
 - 7) przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, poddawania się wyznaczonym badaniom diagnostycznym, lekarskim i zabiegom rehabilitacyjnym oraz przyjmowania zaleconych leków,
 - 8) bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu i innych środków odurzających na terenie Zakładu jak i poza nim,
 - 9) bezwzględnego respektowania zakazu palenia wyrobów tytoniowych i e-papierosów w budynku ZOL, poza miejscem do tego wyznaczonym,
 - 10) poszanowania godności, intymności, przekonań i zasad moralnych innych pacjentów;
 - 11) przechowywania odzieży oraz przedmiotów osobistych w pokoju, w którym przebywa i miejsc do tego wyznaczonych,
 - 12) przestrzegania norm i zasad obowiązujących w ZOL.
3. Pacjent przy przyjęciu do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego powinien posiadać rzeczy określone w załączniku nr 12 do niniejszego regulaminu. Rzeczy osobiste winny być podpisane nazwiskiem i imieniem.
 4. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za zagubione lub zniszczone przez świadczeniobiorców rzeczy osobiste, ubrania, aparaty słuchowe, okulary, protezy zębowe itp. oraz za kosztowności i przedmioty pozostawione w pokoju przez nich oraz przez osoby ich odwiedzające (które nie zostały oddane przez pacjenta do depozytu).
 5. Przed wypisaniem z ZOL świadczeniobiorca, bądź jego opiekun prawny lub faktyczny rozlicza się z przedmiotów, które są mieniem Zakładu, a które otrzymał przy przyjęciu do ZOL.
 6. Odwiedziny świadczeniobiorców mogą się odbywać w każdy dzień tygodnia w porze dziennej, pomiędzy godziną 8:00, a godz. 21:30. Odwiedziny pacjentów leżących w salach dozwolone są o każdej porze dnia po uzyskaniu zgody pielęgniarki dyżurnej.
 7. Osoby odwiedzające, których uprawnienie wynika z obowiązujących przepisów prawa lub które zostały upoważnione przez świadczeniobiorcę, mogą zwracać się o udzielenie im informacji dotyczących stanu jego zdrowia i całego procesu leczniczego wyłącznie za pośrednictwem lekarza/Dyrektora ZOL.

8. W razie konieczności osoby odwiedzające mają obowiązek opuszczenia sali, w której znajduje się świadczeniobiorca, na czas wykonywania czynności i zabiegów pielęgnacyjnych.
9. Świadczeniobiorców mogą odwiedzać wyłącznie osoby zdrowe (nie dotknięte chorobą zakaźną mogącą spowodować zagrożenie stanu sanitarno-epidemiologicznego Zakładu). Zakaz odwiedzin/wejścia na teren ZOL mają osoby znajdujące się w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, bądź innego środka odurzającego.
10. Odwiedzającym nie wolno zakłócać procesu pracy personelu oraz przebywać w pomieszczeniach służb medycznych, gospodarczych i technicznych ZOL (tj. gabinetach zabiegowych, dyżurkach pielęgniarek, itp.).
11. Odwiedzający są zobowiązani poinformować pielęgniarkę lub opiekuna o pozostawionych świadczeniobiorcy rzeczach i żywności.
12. Osobom odwiedzającym świadczeniobiorców zabrania się:
 - 1) wyposażania pokoju, w którym przebywa pacjent w: meble, zegary, obrazy i inne ozdoby do zawieszania na ścianach oraz w sprzęt AGD, chyba, że Dyrektor wyda na to specjalną zgodę,
 - 2) dostarczania chorym artykułów żywnościowych niewiadomego pochodzenia i przeterminowanych (artykuły te mogą zostać skonfiskowane i zniszczone),
 - 3) leków i artykułów, które zostały zabronione przez lekarza,
 - 4) przynoszenia przedmiotów niebezpiecznych,
 - 5) zachowań mogących wprowadzić pacjenta w stan lęku i niepokoju.
13. W przypadku powstania szkód w mieniu Zakładu z winy odwiedzającego (lub z winy będącej pod jego opieką osoby niepełnoletniej), odwiedzający ponosi odpowiedzialność za w/w szkody na zasadach ogólnych, wynikających zobowiązujących przepisów prawa.
14. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za posiadane przez odwiedzających środki finansowe i przedmioty wartościowe na terenie Zakładu.
15. Ze względów epidemiologicznych lub z innych ważnych przyczyn może być okresowo wprowadzony stan kwarantanny i związany z nim zakaz odwiedzania świadczeniobiorców.
16. Osoby, które nie stosują się do postanowień niniejszego Regulaminu lub do wskazówek personelu, albo naruszają dobra osobiste świadczeniobiorców, podlegają wydaleniu poza obręb Zakładu oraz mogą być pozbawione prawa odwiedzania pacjentów.
17. Rodzina lub przedstawiciel ustawowy (opiekun prawny) świadczeniobiorcy, który gości go u siebie w czasie przepustki, zobowiązany jest do poinformowania ZOL-u o tym, że stan zdrowia świadczeniobiorcy podczas udzielonej mu przepustki pogorszył się, bądź znalazł się w szpitalu.

ROZDZIAŁ VII

§ 7

PRZEKAZANIE RZECZY WARTOŚCIOWYCH DO DEPOZYTU

1. Pacjent przebywający w Zakładzie ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.
2. Potwierdzenie przyjęcia rzeczy wartościowych oddawanych do depozytu w Zakładzie na czas pozostawania w nim pacjenta stanowi karta depozytowa.

ROZDZIAŁ VIII

§ 8

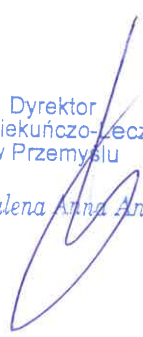
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W przypadkach nieuregulowanych Regulaminem zastosowanie mają przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym w szczególności:

- 1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024, poz. 799 t.j.)
- 2) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r., poz. 581 t.j.)
- 3) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024, poz. 146 t.j.)
- 4) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z 2022 r., poz. 1755 ze zm.)
- 5) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2024 r., poz. 253 t.j.)

Dyrektor
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
w Przemyślu

mgr Magdalena Anna Andrzejak



WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO REGULAMINU PORZĄDKOWEGO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO, UL. JASIŃSKIEGO 15, 37-700 PRZEMYŚL

1. Zał. nr 1: Wniosek o wydanie skierowania do ZOL.
2. Zał. nr 2: Skierowanie do ZOL.
3. Zał. nr 3: Wywiad pielęgniarSKI i zaświadczenie lekarskie.
4. Zał. nr 4: Karta oceny wg skali Barthel.
5. Zał. nr 5: Ocena stanu świadomości pacjenta wg skali GLASGOW.
6. Zał. nr 6: Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego.
7. Zał. nr 7: Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia (SGA).
8. Zał. nr 8: Kwestionariusz osobowy pacjenta.
9. Zał. nr 9: Upoważnienie do udzielania informacji o stanie zdrowia.
10. Zał. nr 10 Upoważnienie do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej.
11. Zał. nr 11: Oświadczenie o wyrażeniu zgody na umieszczenie w ZOL, pobieraniu opłat za pobyt w ZOL oraz upoważnienie do odbioru pozostałych 30% środków.
12. Zał. nr 12: Lista rzeczy które pacjent powinien posiadać przy przyjęciu do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.
13. Zał. nr 13: Oświadczenie osoby trzeciej o częściowym pokrywaniu kosztów pobytu pacjenta w Zakładzie.
 - 1) Oświadczenie pacjenta o zapoznaniu się ze swoim stanem zdrowia oraz gotowości do wypisania z Zakładu w przypadku poprawy stanu zdrowia.
14. Zał nr 14: Klauzule informacyjne RODO
 - 1) Klauzula informacyjna dla pacjentów , przedstawicieli ustawowych.
 - 2) Klauzula informacyjna dla osób upoważnionych.

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-
-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO***

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 świadczeniobiorcy

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

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

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

– do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Przemyślu, ul. Jasińskiego 15, 37-700 Przemyśl

.....
Miejscowość i data

.....
pieczęć nagłówkowa

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

.....
* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

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 niewymienione

b) higiena ciała

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej
- ☐ inne niewymienione

c) oddawanie moczu

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ cewnik
- ☐ inne niewymienione

d) oddawanie stolca

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ pielęgnacja stomii
- ☐ wykonywanie lewatyw 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) oddychanie wspomagane

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

i) inne

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

.....
Miejscowość, data

Pieczęć nagłówkowa

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki albo imię i nazwisko
pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa wykonywania
zawodu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
Miejscowość, data

Pieczęć nagłówkowa

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko lekarza,
jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 2055 oraz z 2022 r. poz. 655) 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 2019 r. poz. 886 oraz z 2022 r. poz. 974), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	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	Utrzymywanie 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 - 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 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 (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji⁵⁾	

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....

.....

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa
wykonywania zawodu data, imię, nazwisko i
numer prawa lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego albo lekarza zakładu
opiekuńczego

pieczęć nagłówkowa

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa
wykonywania zawodu data, imię, nazwisko i
numer prawa wykonywania zawodu
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego oraz
jego podpis⁶⁾ albo pielęgniarki zakładu
opiekuńczego oraz jej podpis⁶⁾

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 z lp. 1–10.

6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

.....
(pieczęć nagłówkowa)

SKALA GLASGOW

Osoba oceniana PESEL

Wynik oceny

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis oceniającego)

Ocenie podlega:

·Otwieranie oczu

- 4 punkty – spontaniczne
- 3 punkty – na polecenie
- 2 punkty – na bodźce bólowe
- 1 punkt – nie otwiera oczu

·Kontakt słowny:

- 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
- 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent dezorientowany
- 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
- 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
- 1 punkt – bez reakcji

·Reakcja ruchowa:

- 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
- 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
- 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
- 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
- 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
- 1 punkt – bez reakcji

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na:

·GCS 13–15 – *łagodne*

·GCS 9–12 – *umiarkowane*

·GCS 6–8 – *brak przytomności*

·GCS 5 – *odkorowanie*

·GCS 4 – *odmóżdzenie*

·GCS 3 – *śmierć mózgowa*

Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią, tj. od 4 roku życia.

KARTA KWALIFIKACJI DOROSŁYCH DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

Nazwisko i imię PESELWiek

Data badania: dzień miesiąc rok

Rozpoznanie (wg ICD – 10):		
1.	Ocena stanu odżywienia:	NRS: BMI: % utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach): stężenie białka we krwi:g/l stężenie albumin we krwi:g/l
2.	Wskazania do leczenia żywieniowego:	Przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego: dni ☐ okres okołoperacyjny u dorosłych ☐ okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt ☐ wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci ☐ wyniszczenie (BMI <17) bez możliwości odżywiania doustnego ☐ niedożywienie (BMI 17 – 18) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni ☐ BMI ≥ 18 bez możliwości odżywiania doustnego > 10 dni ☐ zwiększony katabolizm ☐ powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego ☐ reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji ☐ niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła ☐ inne
3.	Cel leczenia żywieniowego:	☐ utrzymanie stanu odżywienia ☐ poprawa stanu odżywienia ☐ leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
4.	Droga podawania:	skuteczne żywienie doustne: możliwe ☐ tak ☐ nie skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe ☐ tak ☐ nie
5.	Dostęp:	zgłębnik: ☐ nosowo – żołądkowy ☐ nosowo – dwunastniczy ☐ nosowo – jelitowy ☐ przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) ☐ gastrostomia ☐ jejunostomia ☐ inna przetoka Typ cewnika ☐ żyła centralna ☐ tunelizacja ☐ cewnik permanentny ☐ port ☐ żyły obwodowe
6.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):	☐ nie ma ☐ małe ☐ duże
7.	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni
8.	Wynik leczenia:	☐ dobry ☐ zły

9.	Posiew krwi:	w przypadku żywienia drogą żyły głównej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika: ☐ wynik obecny ☐ brak
----	---------------------	---

.....
Pieczątką i podpis lekarza leczącego

.....
Pieczątką i podpis członka Zespołu Leczenia Żywieniowego

KARTA KWALIFIKACJI DOROSŁYCH DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

Nazwisko i imię PESELWiek

Data badania: dzień miesiąc rok

Rozpoznanie (wg ICD – 10):		
1.	Ocena stanu odżywienia:	NRS: BMI: % utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach): stężenie białka we krwi:g/l stężenie albumin we krwi:g/l
2.	Wskazania do leczenia żywieniowego:	Przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego: dni ☐ okres okołoperacyjny u dorosłych ☐ okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt ☐ wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci ☐ wyniszczenie (BMI <17) bez możliwości odżywiania doustnego ☐ niedożywienie (BMI 17 – 18) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni ☐ BMI ≥ 18 bez możliwości odżywiania doustnego > 10 dni ☐ zwiększony katabolizm ☐ powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego ☐ reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji ☐ niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła ☐ inne
3.	Cel leczenia żywieniowego:	☐ utrzymanie stanu odżywienia ☐ poprawa stanu odżywienia ☐ leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
4.	Droga podawania:	skuteczne żywienie doustne: możliwe ☐ tak ☐ nie skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe ☐ tak ☐ nie
5.	Dostęp:	zgłębnik: ☐ nosowo – żołądkowy ☐ nosowo – dwunastniczy ☐ nosowo – jelitowy ☐ przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) ☐ gastrostomia ☐ jejunostomia ☐ inna przetoka Typ cewnika ☐ żyła centralna ☐ tunelizacja ☐ cewnik permanentny ☐ port ☐ żyły obwodowe
6.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):	☐ nie ma ☐ małe ☐ duże
7.	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni
8.	Wynik leczenia:	☐ dobry ☐ zły

9.	Posiew krwi:	w przypadku żywienia drogą żyły głównej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika: ☐ wynik obecny ☐ brak
----	---------------------	---

.....
Pieczątką i podpis lekarza leczącego

.....
Pieczątką i podpis członka Zespołu Leczenia Żywieniowego

SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

I. Wywiad

1. **Wiek** (lata) **wzrost** (cm) **masa ciała** (kg) **pleć** ☐ K ☐ M

2. **Zmiana masy ciała** utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg) (%)

zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:

☐ zwiększenie ☐ bez zmian ☐ zmniejszenie

3. **Zmiany w przyjmowaniu pokarmów**

☐ bez zmian ☐ zmiany: czas trwania (tygodnie)

Rodzaj diety:

☐ zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych

☐ dieta płynna kompletna

☐ dieta płynna hipokaloryczna

☐ głodzenie

4. **Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)**

☐ bez objawów ☐ Nudności ☐ Wymioty ☐ Biegunka ☐ Jadłowstręt

5. **Wydolność fizyczna**

☐ bez zmian ☐ zmiany: czas trwania (tygodnie)

rodzaj: ☐ praca w ograniczonym zakresie

☐ chodzi

☐ leży

6. **Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:**

wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby

☐ brak

☐ mały

☐ średni

☐ duży

II. Badania fizykalne

należy określić stopień zaawansowania:

0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki)

☐ utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej

☐ zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)

☐ obrzęk nad kością krzyżową

☐ obrzęk kostek

☐ wodobrzusze

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

- ☐ prawidłowy stan odżywienia
- ☐ podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia
- ☐ wyniszczenie
- ☐ duże ryzyko niedożywienia

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

DANE OSOBOWE PACJENTA	
Nazwisko	
Imię/imiona	
Data urodzenia	
Płeć	
PESEL	
Adres zamieszkania/ adres korespondencyjny	

OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ PACJENTA DO OTRZYMYWANIA INFORMACJI (jeżeli Pacjent dokonał upoważnienia)	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
PESEL*	

*jeżeli został podany

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO *	
Nazwisko	
Imię	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	

*Wypełnić w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do samodzielnego wyrażenia zgody na umieszczenie w Zakładzie

Potwierdzam prawdziwość przekazanych danych

(data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

Potwierdzam zgodność danych osobowych z przedłożonym
dowodem osobistym

.....

(podpis pracownika)

UPOWAŻNIENIE DO UDZIELENIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: Imię:

tel.: Adres zamieszkania:

Dodatkowe informacje pozwalające ustalić tożsamość

(np. PESEL) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|*

*opcjonalnie tylko w przypadku wyrażenia takiej woli przez pacjenta

Działając na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w związku z § 8 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

☐ **upoważniam wyżej wymienioną osobę**

☐ **nie upoważniam nikogo**

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....

Data i czytelny podpis pacjenta

Zgodnie z § 8 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania informujemy, że Pacjent ma możliwość złożenia przedmiotowego oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta.

Złożenie oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta umożliwi:

- 1) pozyskanie wiedzy o oświadczeniu przez podmioty lecznicze, które pacjent upoważnił do dostępu;
- 2) przeglądanie oraz zarządzania przez pacjenta udzielonymi upoważnieniami (zmiana, cofanie, nadawanie innym osobom).

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nazwisko i imię pacjenta:.....

[illegible]

Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: Imię:

Dodatkowe informacje pozwalające ustalić tożsamość

(np. PESEL) | | | | | | | | | | | *

*opcjonalnie tylko w przypadku wyrażenia takiej woli przez pacjenta

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2018 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w związku z § 8 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

- ☐ upoważniam wyżej wymienioną osobę
- ☐ nie upoważniam nikogo

do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta

Zgodnie z § 8 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania informujemy, że Pacjent ma możliwość złożenia przedmiotowego oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta.

Złożenie oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta umożliwi:

- 1) pozyskanie wiedzy o oświadczeniu przez podmioty lecznicze, które pacjent upoważnił do dostępu;
- 2) przeglądanie oraz zarządzenia przez pacjenta udzielonymi upoważnieniami (zmiana, cofanie, nadawanie innym osobom).

Przemyśl, dnia.....

OŚWIADCZENIE

Ja.....

PESEL

Wyrażam zgodę na:

- umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym, ul. Jasińskiego 15 w Przemyślu
- pobieranie 70% mojego dochodu za wyżywienie i zakwaterowanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami (na podstawie art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

.....
(podpis pacjenta)

.....
(podpis osoby potwierdzającej tożsamość pacjenta)

Do odbierania pozostałych 30% upoważniam:

Pana/Panią:.....

PESEL

.....
(podpis pacjenta)

Wyrażam zgodę na upoważnienie mnie jako osoby uprawnionej do odbioru środków pieniężnych. Została mi przekazana informacja o przetwarzaniu moich danych osobowych w związku z upoważnieniem.

.....
(podpis upoważnionego)

**LISTA RZECZY, KTÓRE PACJENT POWINIEN POSIADAĆ
PRZY PRZYJĘCIU DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO:**

ODZIEŻ:

1. Bluza dresowa – 1 szt.
2. Spodnie dresowe — 2 szt.
3. Koszulka z krótkim rękawem — 3 szt.
4. Koszulka z długim rękawem – 2 szt.
5. Koszule nocne krótkie — 3 szt.
6. Ręczniki — 2 szt.
7. Skarpety
8. Pantofle pełne
9. Sweter lub bluza – 1 szt.

RZECZY OSOBISTE NALEŻY PODPISAĆ NAZWISKIEM I IMIENIEM

ŚRODKI HIGIENY OSOBISTEJ:

1. Mydło w płynie
2. Żel pod prysznic
3. Szampon
4. Gąbka kąpielowa – 2 szt.
5. Ręczniki papierowe – jednorazowe
6. Balsam do ciała lub oliwka
7. Chusteczki nawilżane — 2 opak.
8. Patyczki do uszu
9. Grzebień
10. Krem do twarzy
11. Sudocrem
12. Kubek z dziubkiem do picia
13. Szczoteczka do zębów, pasta do zębów
14. Koszyрек plastikowy na środki pielęgnacyjne

DODATKOWO MEŻCZYŹNI:

1. Pianka do golenia
2. Nożyki do golenia/golarki
3. Woda po goleniu

NAPOJE NIEGAZOWANE (WODA)

UWAGA:

- **RODZINA JEST ZOBOWIĄZANA DO DOSTARCZANIA ŚRODKÓW PIELĘGNACYJNYCH PO UZYSKANEJ INFORMACJI OD PERSONELU O ICH BRAKU**
- **PERSONEL NIE WYKONUJE ZAKUPÓW W/W RZECZY**

Ja, niżej podpisana/y,
legitymująca/y się dowodem osobistym seria i nr,
wydanym przez

posiadająca/y nr PESEL | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
 Zamieszkała/y pod adresem
 zobowiązuje się do uiszczenia opłaty za pobyt

posiadającego nr PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym
w Przemysłu w terminie wskazanym przez Zakład.

*wpisać w przypadku braku numeru PESEL

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), niniejszym informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych, jest Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Przemyślu, ul. Jasińskiego 15, 37-700 Przemyśl. W sprawie przetwarzanych przez nas danych osobowych, może się Pani/Pan skontaktować z nami za pośrednictwem powołanego Inspektora ochrony danych, pisząc na adres: iod@zolprzemysl.pl lub listownie, pisząc na adres wskazany powyżej.
2. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu pobierania i rozliczania opłaty za pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Przemyślu oraz w celu ewentualnego dochodzenia lub obrony przed roszczeniami.
3. Podstawę przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowi:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. b) RODO – przetwarzanie w związku z realizacją zobowiązania do ponoszenia opłat;
 - b) art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
 - c) art. 6 ust. 1 lit. f) – prawnie uzasadniony interes Administratora polegający na ewentualnym dochodzeniu lub obronie przed roszczeniami.
4. Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres pobytu pacjenta w placówce.
5. Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom wspierającym Administratora w zakresie prawnym, jak również podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.
6. Podanie danych osobowych jest niezbędne, a odmowa ich podania uniemożliwi ponoszenie opłat za pobyt pacjenta.
7. Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych i otrzymania ich kopii;
 - b) sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - c) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
 - d) wniesienie skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dnia.....

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze swoim stanem zdrowia w dniu
Mam pełną świadomość, że jeżeli stan mojego zdrowia ulegnie poprawie i skala Barthel przekroczy 40 pkt., zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia i na podstawie Regulaminu porządkowego Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Przemyślu zostaną wypisany/a z Zakładu.

.....
(podpis pacjenta)

KLAUZULA INFORMACYJNA DO KWESTIONARIUSZA OSOBOWEGO – PACJENCI/PRZEDSTAWICIELE USTAWOWI

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), niniejszym informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych, jest Zakład Opiekuńczo – Lecniczy w Przemyślu, ul. Jasińskiego 15, 37-700 Przemyśl. W sprawie przetwarzanych przez nas danych osobowych, może się Pani/Pan skontaktować z nami za pośrednictwem powołanego Inspektora ochrony danych, pisząc na adres: iod@zolprzemysl.pl lub listownie, pisząc na adres wskazany powyżej.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zapewniania opieki zdrowotnej oraz udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenia dokumentacji medycznej na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym m.in. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r., ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, natomiast w przypadku przetwarzania danych szczególnych kategorii z art. 9 ust. 2 lit. h) RODO);
3. W przypadku, gdy jest Pani/Pan przedstawicielem ustawowym Pacjenta, przetwarzane będą również Pani/Pana dane osobowe w postaci: imienia, nazwiska, adresu zamieszkania, nr. telefonu, nr PESEL.
4. Podanie danych pacjenta oraz przedstawiciela ustawowego (jeśli jest ustanowiony) jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich nie podania będzie odmowa przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo – Lecniczego
5. Pani/Pana dane osobowe (pacjenta oraz przedstawiciela ustawowego, jeśli jest ustanowiony) zawarte w dokumentacji medycznej co do zasady będą przechowywane przez okres zgodny z zapisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu (z uwzględnieniem istniejących od tej zasady wyjątków).
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do tego na podstawie obowiązujących przepisów prawa, laboratoria analiz medycznych oraz podmioty świadczące usługi transportu medycznego na rzecz Administratora.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres
8. Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) żądania dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
 - b) żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych;
 - c) wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych

KLAUZULA INFORMACYJNA – OSOBY UPOWAŻNIONE

Na podstawie art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), niniejszym informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych, jest Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Przemyślu, ul. Jasińskiego 15, 37-700 Przemyśl. W sprawie przetwarzanych przez nas danych osobowych, może się Pani/Pan skontaktować z nami za pośrednictwem powołanego Inspektora ochrony danych, pisząc na adres: iod@zolprzemysl.pl lub listownie, pisząc na adres wskazany powyżej.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w związku z upoważnieniem Pani/Pana przez pacjenta do udzielania informacji o stanie zdrowia, udostępniania dokumentacji medycznej, kontaktu oraz wypłaty środków pieniężnych pozostałych po pobraniu przez Zakład Opiekuńczo – Leczniczy miesięcznej opłaty za pobyt.
3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Jeżeli nie otrzymaliśmy danych osobowych bezpośrednio od Pani/Pana, zostały nam one przekazane przez pacjenta, który dokonał upoważnienia.
5. Będziemy przetwarzać następujące kategorie Pana/Pani danych osobowych: imię, nazwisko, PESEL, numer telefonu, adres zamieszkania.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do tego na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak brak podania skutkować będzie niemożnością udostępnienia Pani/Panu informacji wskazanych w pkt. 2.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji medycznej (tj. 20 lat) lub do czasu wycofania upoważnienia przez pacjenta.
9. Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) żądania dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych;
 - c) wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.