

ZARZĄDZENIE Nr 5/DA/10/2023

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej
we Włodawie

z dnia 28 lutego 2023 r.

w sprawie wprowadzenia do stosowania
**REGULAMINU ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM
ZESPOLE OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁODAWIE**

na podstawie § 10 ust. 1 Statutu Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie oraz Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2022 poz. 633 ze.zm.) zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadzam do stosowania – **REGULAMIN ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZESPOLE OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁODAWIE** stanowiący **zał. nr 1** do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

1. Zobowiązuję Kierowników/ordynatorów/pielęgniarki oddziałowe/pielęgniarki koordynujące komórek organizacyjnych do zapoznania podległego personelu medycznego i niemedycznego z w/ w Regulaminem.
2. Zobowiązuję Kierownika Działu Organizacji i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych do koordynacji i nadzoru rozliczeń świadczeń zdrowotnych realizowanych w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym.

§ 3

Nadzór nad poprawnością wdrożenia Regulaminu w SP ZOZ we Włodawie powierzam Pani Izabeli Dowierciał, pracownikowi Działu Organizacji i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych.

§ 4

Nadzór nad wykonanie Zarządzenia powierzam Pani Elżbiecie Korszli Z-cy Dyrektora administracyjno-organizacyjnych.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej
we Włodawie
Teresa Szpilewicz

Załączniki:

Załącznik Nr 1 REGULAMIN ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZESPOLE OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁODAWIE

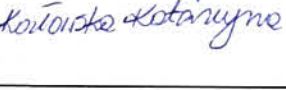
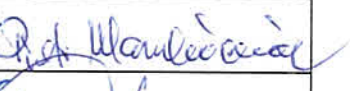
Otrzymują: wg rozdzielnika
Opr. E.K.



	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

Spis treści

Postanowienia ogólne.....	2
Cele i zadania ZPO	3
Zasady przyjmowania pacjentów.....	4
Przebieg procesu udzielania świadczeń w ZPO.....	7
Zasady Zarządzania w ZPO	9
Prawa i obowiązki pacjentów ZPO	10
Odpłatność za pobyt z ZPO	11
Postanowienia końcowe	12

	Imię i nazwisko	Stanowisko	Data	Podpis
Opracował:	Elżbieta Korszla	Z-ca Dyr. ds. Adm.- organizacyjnych	28.02.2023r.	
	Marta Gajek	Kierownik PZO	23.02.2023r.	
	Katarzyna Kozłowska	Z-ca gł. Księgowego	28.02.2023r.	
	Izabela Dowierciał	Inspektor	28.02.2023r.	
Sprawdził:	Piotr Mazurkiewicz	Z-ca Dyr. ds. medycznych	28.02.2023r.	
Zatwierdził:	Jeremi Szpilewicz	Dyrektor SP ZOZ we Włodawie	28.02.2023r.	

ZMIANY					
Lp.	Data wprowadzenia zmiany	Oznaczenie	Lp.	Data wprowadzenia zmiany	Oznaczenie

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

Postanowienia ogólne

§1

1. Niniejszy Regulamin został opracowany na podstawie:
 - 1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2022 poz. 633 ze zm.),
 - 2) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2022 poz. 2561 ze zm.),
 - 3) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta (Dz. U. t.j. z 2022 r., poz. 1876 ze zm.),
 - 4) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2012 poz. 731),
 - 5) Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej; (Dz. U. t. j. z 2015 poz. 1658),
 - 6) Umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - 7) Statutem SPZOZ we Włodawie,
 - 8) Regulaminem Organizacyjnym SPZOZ we Włodawie,
 - 9) Obowiązującymi w Szpitalu wewnętrznymi aktami normatywnymi w zakresie prowadzonej działalności.
2. Regulamin określa porządek, organizację, zasady funkcjonowania oraz warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym.
3. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy:
 - a) Jest jednostką organizacyjną SPZOZ we Włodawie,
 - b) Prowadzi działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne,
 - c) Jest zlokalizowany w segmencie „C” w budynku SPZOZ we Włodawie pod adresem: 22-200 Włodawa, Al. J. Piłsudskiego 64.

§2

Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:

1. **Regulamin ZPO** - Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego.
2. **Szpital** – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie.
3. **ZPO**- Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy.
4. **NFZ** - Narodowy Fundusz Zdrowia.

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

5. **Pacjent/chory/świadczeniobiorca** - używane zamiennie, oznaczają osobę kierowaną do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego oraz osobę przebywającą w ZPO.
6. **Opiekun prawny** - osoba powołana do ochrony interesów osobistych i majątkowych innej osoby, gdy ta takiej opieki potrzebuje (małoletni, osoba całkowicie ubezwłasnowolniona). Opiekun prawny jest przedstawicielem ustawowym swojego podopiecznego i może dokonywać czynności prawnych w jego imieniu.
7. **Osoba upoważniona** - osoba wskazana przez pacjenta do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, dostępu do dokumentacji medycznej, załatwiania spraw związanych ze zgonem pacjenta.
8. **Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne** - świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach.
9. **Przepustka** - okresowe przebywanie pacjenta poza zakładem opieki długoterminowej, bez potrzeby wypisywania go z oddziału.
10. **Wewnętrzne akty normatywne** - zarządzenia, regulaminy, procedury, standardy, instrukcje, wytyczne i inne dokumenty obowiązujące w Szpitalu, które zawierają zasady i sposób postępowania w konkretnych sytuacjach występujących w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz regulują kwestie organizacyjne, finansowe i techniczne związane z działalnością Szpitala.
11. **Świadczenie gwarantowane** – świadczenie gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Cele i zadania ZPO

§3

1. Podstawowe cele ustalone dla ZPO to:
 - 1) Przywrócenie pacjentowi możliwie najwyższej sprawności fizycznej oraz psychicznej w stopniu umożliwiającym mu funkcjonowanie w warunkach domowych,
 - 2) Przygotowanie pacjenta oraz członków jego rodziny do realizacji samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

§4

Główne zadania realizowane w ZPO służące osiągnięciu ustalonych celów to:

1. Udzielanie świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

- w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomą samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel”, otrzymał 40 punktów lub mniej oraz spełnia kryteria wymienione w ..
2. Udzielanie całodobowych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych.
 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji ogólnej w podstawowym zakresie, prowadzona w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego.
 4. Zapewnienie produktów leczniczych i wyrobów medycznych niezbędnych do kontynuacji leczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.
 5. Zapewnienie całodobowego wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia.
 6. Zapewnienie odpowiednich warunków zakwaterowania w zakresie lokalowym i sprzętowym.
 7. Prowadzenie edukacji zdrowotnej mającej na celu przygotowanie pacjentów i członków ich rodzin lub opiekunów do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.
 8. Prowadzenie terapii zajęciowej.
 9. Udzielanie świadczeń psychologa.
 10. Podejmowanie działań mających na celu promowanie zdrowia, zdrowego trybu życia oraz zachowań prozdrowotnych.
 11. Podejmowanie działań mających na celu zapobieganie i łagodzenie cierpień fizycznych, psychicznych i duchowych pacjentów.
 12. Zapewnienie ciągłości opieki i leczenia w sytuacjach tego wymagających.
 13. Ścisła współpraca z rodzinami i prawnymi opiekunami pacjentów.
 14. Przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji.
 15. Prowadzenie wymaganej sprawozdawczości.
 16. Tworzenie, przetwarzanie, przechowywanie i archiwizowanie dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
 17. Ustalanie wysokości opłat ponoszonych przez pacjentów i nadzór nad ich terminowym regulowaniem.

Zasady przyjmowania pacjentów

§5

1. Do ZPO przyjmowani są pacjenci, którzy spełniają określone kryteria zdrowotne i którzy zostali zakwalifikowani do przyjęcia przez lekarza i pielęgniarkę ZPO.
2. Kwalifikacja pacjenta odbywa się na podstawie następujących dokumentów:
 - 1) Wniosek o wydanie skierowania do ZPO, załącznik Nr 1
 - 2) Wywiad pielęgniarski i Zaświadczenie Lekarskie wystawione dla osoby, która ubiega się o Przyjęcie do ZPO, załącznik Nr 2

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgniacyjno- Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

- 3) Skierowanie do ZPO wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, załącznik Nr 3
 - 4) Ocena sprawności ruchowej pacjenta wg Skali Barthel, załącznik Nr 4
 - 5) Karta kwalifikacji pacjenta do wentylacji mechanicznej, w przypadku pacjenta Wentylowanego Mechanicznie;
 - 6) Karta kwalifikacji/kontynuacji żywienia dojelitowego, jeżeli wymaga,
 - 7) Aktualny wykaz leków zażywanych na stałe przez pacjenta, załącznik Nr 5
 - 8) Pełna dokumentacja medyczna z dotychczasowego leczenia (karta informacyjna z leczenia szpitalnego, aktualne badania) – kserokopia.
 - 9) Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu zgodnie z §16
3. Niezbędnymi dokumentami wymaganymi/Warunek przyjęcia pacjenta do ZPO, w dniu przyjęcia pacjenta do ZPO jest również posiadanie w dniu przyjęcia:
- 1) Aktualny dowód osobisty lub inny dokument tożsamości,
 - 2) Aktualny dokument potwierdzający ubezpieczenie (np. legitymacja emeryta/rencisty lub decyzja o przyznaniu zasiłku),
 - 3) Dokumenty potwierdzające ukończenie leczenia przyczynowego - Karta informacyjna z leczenia szpitalnego i aktualne wyniki badań.

§6

Do ZPO nie przyjmuje się pacjentów:

1. Którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej i podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.
2. Którzy w dniu przyjęcia w wyniku oceny dokonanej przez personel medyczny ZPO wg skali Barthel otrzymali powyżej 40 punktów.
3. Objętych świadczeniami gwarantowanymi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.
4. Objętych świadczeniami realizowanymi przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej.
5. Objętych udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (leczenie obturacyjnego lub centralnego bezdechu sennego za pomocą protezy powietrznej).

§7

4. Pacjent zakwalifikowany do ZPO nie może w nim przebywać wbrew własnej woli.
5. Zgoda pacjenta na pobyt jest podstawowym warunkiem jego przyjęcia i przebywania w ZPO.

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgniacyjno- Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

6. W przypadku chorych niemogących wyrazić świadomości zgody na pobyt w ZPO konieczne jest przedstawienie postanowienia Sądu o umieszczeniu pacjenta bez jego zgody.
7. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej, do zgody Sądu na umieszczenie w ZPO należy dołączyć:
 - 1) postanowienie Sądu o ubezwłasnowolnieniu pacjenta,
 - 2) postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
8. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZPO jest również posiadanie w dniu przyjęcia:
 - 1) aktualnych wyników badań — wykaz niezbędnych badań, które muszą być wykonane przed przyjęciem do ZPO jest przekazywany w czasie ustalania terminu przyjęcia,
 - 2) dokumentów potwierdzających ukończone leczenie przyczynowe.
9. Każdy pacjent przyjmowany do ZPO musi posiadać przy sobie w dniu przyjęcia: dowód osobisty, aktualny dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne (Legitymacja Emeryta/Rencisty lub decyzja o przyznaniu zasiłku).
10. W dniu przyjęcia, każdemu Pacjentowi obowiązkowo towarzyszy przedstawiciel najbliższej rodziny lub opiekun prawny.
11. Pacjent oraz osoba obecna przy przyjęciu zapoznają się z zasadami dotyczącymi pobytu i odpłatności za pobyt oraz z warunkami wypisu z ZPO. Zgodę na zaproponowane zasady potwierdzają podpisaniem oświadczenia w tym przedmiocie. **Załącznik Nr 6**
12. Koszty transportu pacjenta w dniu przyjęcia do ZPO pokrywa pacjent lub jednostka kierująca.
13. Każdy pacjent w dniu przyjęcia powinien posiadać niezbędne rzeczy osobiste wskazane w **załączniku nr 7** do niniejszego Regulaminu.

§8

1. Przyjęcia do Zakładu odbywają się zgodnie z prowadzoną listą oczekujących i są uzależnione od posiadanych wolnych łóżek.
2. Decyzję o przyjęciu do ZPO wydaje Kierownik ZPO po rozpatrzeniu wymaganych dokumentów. O decyzji przyjęcia do ZPO osoba ubiegająca się zostanie poinformowana telefonicznie lub pisemnie.
3. Termin przyjęcia pacjenta ustalany jest telefonicznie albo e-mailowo z pacjentem lub jego opiekunem prawnym lub osobą upoważnioną przez pacjenta lub lekarzem kierującym pod numerem tel. **503 906 800**.
4. Informację o ustalonym terminie przyjęcia oraz inne istotne informacje dotyczące przyjęcia do ZPO przekazywane są osobie zainteresowanej - telefonicznie, e-mailowo lub w formie pisemnej przez pracownika Zespołu ZPO.
5. W przypadku rezygnacji z ubiegania się o przyjęcie do ZPO, pacjent lub osoba przez niego upoważniona jest zobowiązana do poinformowania ZPO o tym fakcie, bez względu na powód rezygnacji. W przypadku rezygnacji z proponowanego terminu przyjęcia, pacjent zostaje skreślony z listy osób oczekujących.

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgniacyjno- Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

§9

1. Pacjenci przyjmowani są do ZPO na pobyt czasowy.
2. Maksymalny czas pobytu pacjenta w ZPO wynosi 6 miesięcy.
3. W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, na wniosek lekarza prowadzącego, pobyt pacjenta w ZPO może zostać przedłużony. Ostateczną decyzję o przedłużeniu pobytu podejmuje Dyrektor Szpitala.

Przebieg procesu udzielania świadczeń w ZPO

§10

1. Po dopełnieniu formalności związanych z przyjęciem, pacjent jest przekazywany do oddziału.
2. Każdy pacjent ma ustalony indywidualny plan opieki, który opracowywany jest przez zespół składający się z lekarza ZPO, kierownika ZPO, mgr pielęgniarstwa lub pielęgniarki specjalistki, mgr fizjoterapii, logopedy, psychologa, dietetyka.
3. Plan podlega bieżącej aktualizacji przez w/w Zespół, nie rzadziej niż 1 x tydzień. Zespół dokonuje oceny podjętych działań terapeutycznych poprzez różne pomiary, skale.
4. Proces pielęgnowania jest realizowany przez personel pielęgniarski zatrudniony w ZPO zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu standardami i procedurami.
5. W zależności od stanu zdrowia i zaleceń lekarza ZPO i mgr fizjoterapii pacjenci są poddawani zabiegom rehabilitacyjnym. Rehabilitacja jest prowadzona przez fizjoterapeutów nadzorowanych przez Kierownika Działu Rehabilitacji.
6. Pacjenci, w trakcie pobytu mają zapewnioną pomoc psychologiczną, terapię zajęciową, terapię logopedyczną oraz opiekę duszpasterską.
7. Świadczenia zdrowotne w ZPO udzielane są zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu procedurami, standardami, regulaminami i zarządzeniami, które są dostępne w dyżurce pielęgniarek i które określają sposób postępowania w sytuacjach występujących lub mogących wystąpić w trakcie pobytu pacjenta w oddziale. Wykaz obowiązujących procedur, wytycznych, algorytmów i standardów.
8. Badania zlecane pacjentom są wykonywane przez laboratoria i pracownie funkcjonujące w Szpitalu.
9. Leki i wyroby medyczne niezbędne do prowadzenia procesu leczenia i pielęgnacji pobierane są z Apteki Szpitalnej.
10. Leki podawane są w dawkach i godzinach określonych w zleceniach lekarskich i przyjmowane przez pacjentów w obecności pielęgniarki.
11. Zabrania się pacjentom przyjmowania leków własnych bez zlecenia lekarskiego.
12. Informacje na temat stanu zdrowia pacjenta oraz planowanego postępowania są udzielane pacjentowi, osobie przez niego upoważnionej oraz opiekunowi prawnemu, (jeżeli został ustanowiony) przez:
 - 1) Lekarza Zakładu w zakresie prowadzonego procesu diagnostyczno-terapeutycznego,

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

- 2) Kierownika ZPO oraz pielęgniarki dyżurne w zakresie prowadzonego procesu pielęgnacyjno-opiekuńczego,
13. Pacjent oraz każda zainteresowana osoba może składać wnioski, skargi, uwagi oraz podziękowania dotyczące funkcjonowania ZPO oraz udzielanych tam świadczeń na zasadach określonych w obowiązującej w Szpitalu procedurze.
14. Pacjent może również skontaktować się z Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta, który przyjmuje wszystkich zainteresowanych po wcześniejszym ustaleniu terminu pod numerem telefonu 797 702 705.

§11

1. Ramowy harmonogram dnia obowiązujący w ZOL podany w godzinach:

- 1) 6⁰⁰ do 8³⁰ - pomiar podstawowych parametrów, wykonywanie czynności higienicznych, czynności porządkowe,

- 2) 8³⁰ śniadanie,
- 3) 9⁰⁰ do 13⁰⁰ zabiegi pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, zajęcia terapeutyczne, wykonywanie zleconych badań i konsultacji lekarskich,
- 4) 13⁰⁰ obiad,
- 5) 14⁰⁰ 18⁰⁰ zabiegi pielęgnacyjne, wykonywanie zleceń lekarskich, pomiar parametrów,
- 6) 18⁰⁰ kolacja,
- 7) 19⁰⁰ - 22⁰⁰ - zabiegi pielęgnacyjne, wykonywanie czynności higienicznych, czynności porządkowe,
- 8) 22⁰⁰-6⁰⁰ cisza nocna.
2. Odwiedziny pacjentów odbywają się w określonych godzinach zgodnie z zasadami odwiedzin obowiązującymi w Szpitalu.
3. W trakcie pobytu, rodzina pacjenta lub jego opiekun prawny są zobowiązani do regularnego uzupełniania rzeczy osobistych pacjenta zgodnie z **Załącznikiem nr 7** do niniejszego Regulaminu oraz w porozumieniu z personelem oddziału.
4. Ubrania pacjenta muszą być podpisane jego nazwiskiem i imieniem i są na bieżąco przekazywane do prania rodzinie lub osobie upoważnionej.
5. W przypadkach szczególnych (np. pacjent nieposiadający rodziny, względy epidemiologiczne), bielizna pacjenta oraz jego ubrania są przekazywane do pralni obsługującej Szpital.
6. Pacjent przebywający w ZPO ma prawo do przekazania rzeczy wartościowych do depozytu Szpitala. Przekazanie, przechowywanie oraz zwrot rzeczy pozostawionych czasowo w depozycie odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującej w Szpitalu procedurze.
7. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za zagubione lub zniszczone przez pacjenta rzeczy osobiste, ubrania, aparaty słuchowe, okulary, protezy zębowe, pieniądze, biżuterię oraz inne przedmioty stanowiące własność pacjenta.

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgniacyjno- Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

8. W uzasadnionych przypadkach (np. względy epidemiologiczne, zapewnienie bezpieczeństwa) dopuszcza się przeniesienie pacjenta do innego pokoju bez jego zgody.
9. W przypadku, kiedy pacjent korzysta z przepustki i w czasie przepustki stan jego zdrowia będzie wymagał leczenia w szpitalu, rodzina lub opiekun prawny pacjenta zobowiązany jest do poinformowania ZPO o tym zdarzeniu.
10. Pacjent ZPO oraz jego opiekunowie zobowiązani są do zapoznania się i przestrzegania regulaminu porządkowego Szpitala, który jest dostępny w oddziale.
11. ZPO nie pierze odzieży prywatnej pacjentów, rodzina/opiekunowie pacjentów zobowiązani są do wymiany na bieżąco bielizny osobistej i odzieży pacjenta.

§ 12

1. Wypisanie pacjenta z ZPO następuje w przypadku, gdy:
 - 1) stan jego zdrowia i samoobsługi uległ poprawie w tak istotnym stopniu, że w ocenie skali Barthel otrzymał powyżej 40 punktów i nie wymaga dalszego pobytu w ZOL,
 - 2) jego ubezpieczenie zdrowotne straciło ważność i brak jest możliwości finansowania dalszego pobytu,
 - 3) pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz niniejszy Regulamin.
 - 4) upłynął maksymalny okres pobytu w ZPO (6 miesięcy) z zastrzeżeniem § 9 ust.3
 - 5) pacjent lub jego opiekun prawny wystąpił z pisemnym żądaniem wypisu, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. W przypadku wypisu w trybie określonym w ust. 1 pkt 5 pacjent lub jego opiekun prawny uzyskują pełną informację o możliwych następstwach wypisu na żądanie.
3. W sytuacji, kiedy w opinii lekarza prowadzącego stan zdrowia pacjenta wymaga dalszego pobytu w ZPO, a pacjent lub jego opiekun prawny wystąpił o wypis na własne żądanie, decyzję o wypisie będzie podejmował właściwy miejscowo Sąd opiekuńczy na podstawie wniosku złożonego przez ZPO chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej.
4. Termin wypisu pacjenta jest ustalany z rodziną pacjenta lub jego prawnym opiekunem.
5. W zależności od stanu ogólnego pacjenta, transport po wypisie organizuje rodzina chorego lub w przypadkach tego wymagających, transport sanitarny zapewnia ZPO na zasadach określonych w przepisach nadrzędnych.
6. Rodzina pacjenta ma obowiązek odebrania rzeczy chorego w terminie nieprzekraczającym 2 tygodni od wypisu lub zgonu. W przypadku nieodebrania rzeczy w terminie wskazanym wyżej będą one komisyjnie zniszczone.

Zasady Zarządzania w ZPO

§ 13

1. ZPO kieruje Kierownik ZPO, który odpowiada za jego prawidłową organizację, funkcjonowanie, realizację ustalonych zadań oraz wykonywanie zawartej umowy z NFZ.

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgniacyjno-Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

2. Kierownik ZPO w czasie swojej nieobecności jest zastępowany przez osobę przez niego wskazaną.
3. Nadzór merytoryczny nad prowadzonym w ZPO procesem pielęgnowania sprawuje Kierownik ZPO.
4. Nadzór merytoryczny nad prowadzonym w ZPO procesem rehabilitacji sprawuje Kierownik Działu Rehabilitacji.
5. Nadzór merytoryczny nad procesem leczniczym sprawuje lekarz pracujący w ZPO.
6. Nadzór organizacyjny sprawuje Z-ca Dyrektora ds. administracyjno-organizacyjnych. Minimum raz na 3 miesiące dokonywana będzie ocena jakościowa funkcjonowania ZPO w różnych obszarach funkcjonowania.

Prawa i obowiązki pacjentów ZPO

§ 14

1. Każdy pacjent lub osoba przez niego upoważniona w dniu przyjęcia do ZPO zostaje poinformowany o Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z którą może się zapoznać i otrzymuje pisemną informację - wykaz praw i obowiązków (Karta Praw i Obowiązków Pacjenta), które dotyczą wszystkich pacjentów Szpitala.
2. Ponadto Pacjent przebywający w ZPO ma prawo do:
 - 1) Korzystania z przepustek w wymiarze do 10% czasu pobytu w ZPO (tj. 3 dni w ciągu miesiąca). Przepustka udzielana jest przez lekarza ZPO, pacjent może opuścić teren szpitala wyłącznie na podstawie wydanej przepustki. Lekarz może odmówić wydania przepustki jeżeli opuszczenie Zakładu niesie za sobą ryzyko pogorszenia lub utraty zdrowia lub życia pacjenta.
 - 2) Jeśli w czasie przepustki udzielane są świadczenia zdrowotne zobowiązany to pacjent lub rodzina pacjenta lub opiekun zobowiązany jest poinformować Kierownika ZPO o tym fakcie.
 - 3) Korzystania z własnego laptopa, komputera, telefonu komórkowego w uzgodnieniu i pod nadzorem personelu medycznego. ZPO nie ponosi odpowiedzialności za w/w sprzęt.
 - 4) Korzystania z urządzeń kuchennych przeznaczonych dla pacjentów (czajnik, lodówka, mikrofalą) pod nadzorem personelu ZPO.

§ 15

Poza obowiązkami zawartymi w Karcie Praw i Obowiązków Pacjenta, pacjent przebywający w ZPO jest zobowiązany do:

1. Regularnego comiesięcznego uiszczania ustalonych opłat.
2. Przyjmowania tylko i wyłącznie leków zleconych przez lekarza ZPO w obecności pielęgniarki w dawkach i w godzinach określonych w zleceniu.

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

3. Posiadania własnych rzeczy osobistych: odzieży oraz środków higieny osobistej zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszego Regulaminu.
4. Właściwego zabezpieczenia i oznakowania (imieniem i nazwiskiem) artykułów żywnościowych przechowywanych w lodówce przeznaczonej dla pacjentów. Artykuły, dla których upłynął termin przydatności do spożycia będą usuwane przez personel ZPO.
5. Przestrzegania ustalonego harmonogramu dnia.
6. Przechowywania odzieży oraz przedmiotów osobistych w pokoju, w którym przebywa i w miejscach do tego przeznaczonych, przydzielonych na czas pobytu (szafka przyłóżkowa, szafa ubraniowa).
7. Bieżącego informowania personelu o stwierdzonych zagrożeniach czy nieprawidłowościach występujących w ZPO.
8. Rozliczenia się przed wypisaniem z przedmiotów, które są mieniem ZPO, a które pacjent otrzymał przy przyjęciu.

Odpłatność za pobyt z ZPO

§ 16

1. Pobyt pacjenta w Zakładzie 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 powinny pokrywać co najmniej koszty wyżywienia i zakwaterowania w ZPO.
2. Sposób ustalania odpłatności za pobyt w Zakładzie określa ustawa z dnia 23 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.
3. Zgodnie z obowiązującymi przepisami miesięczna opłata pobierana od pacjenta wynosi maksymalnie 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu pacjenta (renta, emerytura, inne dochody), w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
4. Wysokość opłaty jest ustalana indywidualnie dla każdego pacjenta na podstawie dokumentów potwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy, w szczególności:
 - 1) Decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji należy dołączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącenia opłaty za pobyt w zakładzie pielęgnacyjnym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ lub

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

- 2) Decyzji o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji należy załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu pielęgnacyjnego do odbioru tych należności przez zakład pielęgnacyjny,
- 3) Zaświadczenia o dochodach z zakładu pracy,
- 4) Innych dokumentów, z których wynika wysokość dochodu świadczeniobiorcy.
5. O wysokości opłaty pacjent i/lub jego opiekun prawny jest informowany przy przyjęciu do ZPO.
6. Pierwszą ustaloną kwotę opłaty należy uiścić w dniu przyjęcia pacjenta do ZPO. Potwierdzenie dokonania opłaty należy dostarczyć do Kierownika ZPO.
7. W przypadku braku uiszczenia opłaty pacjent nie będzie przyjęty do Zakładu i zostanie odesłany do miejsca zamieszkania.
8. Opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu świadczeniobiorcy przebywającego w ZPO na podstawie przedłożonych przez świadczeniobiorcę dokumentów potwierdzających zmianę.
9. Świadczeniobiorca zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Kierownika ZPO o wszystkich zdarzeniach mających wpływ na ustalenie opłaty, w tym do przedłożenia dokumentów potwierdzających zmianę wysokości jego dochodu.
10. W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w ZPO (np. przepustka) opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza ZPO opłata wynosi 70 % opłaty pobieranej za dni obecności w ZPO.
11. Wniosek o końcowe rozliczenie pacjenta za pobyt w ZPO składa pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy lub upoważniona do tego osoba, po zakończonym pobycie pacjenta.
12. Ustalane opłaty należy uiszczać regularnie „z góry” za każdy następny miesiąc.

Postanowienia końcowe

§ 17

1. Niniejszy Regulamin został ustalony i zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala.
2. Wszelkie zmiany wprowadzane do Regulaminu wymagają zgody i zatwierdzenia przez Dyrektora Szpitala.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie, zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa oraz wewnętrzne akty normatywne obowiązujące w Szpitalu.
4. Niniejszy Regulamin udostępniony jest na stronie www. Szpitala, w ZPO, IP, POZ, Przychodni i oddziałach szpitalnych.
5. Regulamin wchodzi w życie z dniem wydania.

	DOKUMENT ORGANIZACYJNY	Nr:
	<i>Regulamin wewnętrzny Zakładu Pielęgniacyjno-Opiekuńczego</i>	Obowiązuje od dnia 01.03.2023r.
		Wydanie I
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie		

*Załączniki do Regulaminu:**Załącznik Nr 1 - Wniosek o wydanie skierowania do ZPO;**Załącznik Nr 2 - Wywiad pielęgniarski i Zaświadczenie Lekarskie wystawione dla osoby, która ubiega się o Przyjęcie do ZPO;**Załącznik Nr 3 Skierowanie do ZPO wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;**Załącznik Nr 4 Ocena sprawności ruchowej pacjenta wg Skali Barthel;**Załącznik Nr 5 Aktualny wykaz leków zażywanych na stałe przez pacjenta**Załącznik Nr 6 Oświadczenie dotyczące potrącanie opłat za pobyt pacjenta w ZPO;**Załącznik Nr 7 Lista rzeczy, które pacjent powinien posiadać przy przyjęciu do ZPO;**Załącznik Nr 8 Przepustka w trakcie pobytu w ZPO;**Załącznik Nr 9 Oświadczenie o odbiorze pacjenta*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 czerwca 2012 r. (poz. 731)

Załącznik nr 1

WZÓR

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

WZÓR

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 polykaniem
- ☐ 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.....
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 Barthel.

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

WZÓR

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-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/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.**.....
Miejscowość, data.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu
leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
wykonuje zawód w tym podmiocie

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

**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 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	

⁵⁾ Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 2064), które weszło w życie z dniem 12 listopada 2019 r.

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 kwalifikacji ⁵⁾		

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
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego,
oraz jego podpis⁶⁾

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa
wykonywania zawodu pielęgniarstwa ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarstwa 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.

Aktualny wykaz leków zażywanych na stałe przez pacjenta ubiegającego się o przyjęcie ZPO SPZOZ we Włodawie

Imię i nazwisko, PESEL pacjenta:.....

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

.....

Data, podpis i pieczęć lekarza rodzinnego

Włodawa, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(Nazwa i adres organu wypłacającego świadczenie)

OŚWIADCZENIE

Informuję, że od dnia przebywam w Zakładzie Pielęgnacyjno Opiekuńczym prowadzonym przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie 22-200 Włodawa Al. Józefa Piłsudskiego 64.

Proszę o potrącanie z moich świadczeń opłaty za pobyt (koszty wyżywienia i zakwaterowania) w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SP ZOZ we Włodawie w wysokości 70% z wypłaty mojego miesięcznego świadczenia (świadczenie emerytalne, rentowe, zasiłek, renta socjalna *) i przekazywanie na konto Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie prowadzone przez VeloBank S.A. Nr **06 1560 0013 2004 6508 1000 0001**

Wyrażam zgodę na udostępnienie organowi emerytalno-rentowemu informacji o moim pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym i udzielania odpowiedzi na zadane pytania przez organ związane z moim pobytem w Zakładzie.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem wewnętrznym ZPO SPZOZ we Włodawie stanowiącym Zał. Nr 1 do Zarządzenia Nr.....

.....
(czytelny podpis)

***właściwe podkreślić**

LISTA RZECZY, KTÓRE PACJENT POWINIEN POSIADAĆ PRZY PRZYJECIU

DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

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. RĘCZNIKI KĄPIELOWE-2 SZT
 8. SKARPETY
 9. KAPCIE PEŁNE
 10. SWETER LUB BLUZA- 1 SZT
- RZECZY OSOBISTE WINNY BYĆ PODPISANE NAZWISKIEM I IMIENIEM

ŚRODKI HIGIENY OSOBISTEJ:

1. MYDŁO W PŁYNIE
2. ŻEL POD PRYSZNIC
3. SZAMPON
4. GĄBKA KĄPIELOWA
5. BALSAM DO CIAŁA LUB OLIWKA
6. CHUSTECZKI NAWILŻANE-2 OPAK.
7. PATYCZKI DO USZU
8. NOŻYCKI DO PAZNOKCI
9. GRZEBIEŃ
10. KREM DO TWARZY
11. SUDOCREM
14. SZCZOTECZKA DO ZĘBÓW, PASTA DO ZĘBÓW
15. POJEMNIK NA PROTEZĘ, PREPARAT DO MYCIA PROTEZ
16. KOSZYCZEK PLASTIKOWY NA ŚRODKI PIELĘGNACYJNE

DODATKOWO MĘŻCZYŹNI

1. PIANKA DO GOLENIA
2. NOŻYKI DO GOLENIA
3. WODA PO GOLENIU

RODZINA PACJENTA/OPIEKUN POWINIEN SYSTEMATYCZNIE :

- A) UZUPEŁNIAĆ ŚRODKI HIGIENY OSOBISTEJ
- B) REGULARNIE WYMIENIAĆ I PRAĆ UBRANIA PACJENTA

PERSONEL NIE DOKONUJE ZAKUPÓW W/W RZECZY

**Przepustka w trakcie pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym
SPZOZ we Włodawie**

Imię i nazwisko pacjenta.....PESEL.....

Adres pobytu w trakcie przepustki.....

Nr tel.

Okres ważności przepustki:

od godz.dnia.....

do godz.dnia.....

Imię i nazwisko osoby faktycznie sprawującej opiekę.....

Nazwy leków oraz sposób ich przyjmowania:

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Inne zalecenia:

.....
.....
.....

Data i godz. wystawienia przepustki:.....

.....

Pieczęć i podpis lekarza

Włodawa, dnia.....

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
Imię i nazwisko osoby odbierającej
.....

Adres zamieszkania

Niniejszym zobowiązuje się do odebrania pacjenta :

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Po zakończonym pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SPZOZ we Włodawie dla dorosłych o profilu ogólnym w terminie wskazanym przez Zakład.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że pobyt pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno- Opiekuńczy ma charakter czasowy i jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas oceny według Skali Barthel. Jestem świadomy, że jeżeli punktacja przekroczy 40 punktów, pobyt pacjenta przestanie być finansowany przez NFZ, a pacjent zostaje wypisany z Zakładu.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem obowiązującym w ZPO SPZOZ we Włodawie.

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej