

## Informacja o dokumentach wymaganych do przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Strzelnie

**Do kompletu dokumentów dołączyć decyzję rentową/emerytalną - aktualną, po waloryzacji (a nie odcinek od renty/emerytury!) lub decyzję o zasiłku stałym.**

**Proszę dołączyć kserokopię dowodu osobistego pacjenta i osoby zobowiązanej do pokrycia kosztów.**

**Wniosek pacjenta o objęcie opieką:** dane pacjenta, dokładne dane osoby, z którą można się kontaktować: adres i nr telefonu;

**UWAGA!!!**

**Jeżeli pacjent nie może wyrazić świadomie zgody na przyjęcie do ZOL konieczna jest zgoda sądu rodzinnego.**

**Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego:** proszę o dokładne i czytelne wypełnienie oraz wyraźne pieczętki.

(podpis lekarza + pieczętka z numerem prawa wykonywania zawodu lekarza, data, pieczętka zakładu opieki zdrowotnej, pieczętka z numerem umowy z NFZ, pieczętka z nr REGON, VII i VIII kod resortowy)

**Zaświadczenie lekarskie:** informacje na temat pacjenta;

(podpis pacjenta, podpis lekarza + pieczętka z numerem prawa wykonywania zawodu lekarza, data, pieczętka zakładu opieki zdrowotnej, pieczętka z numerem umowy z NFZ, pieczętka z nr REGON, VII i VIII kod resortowy)

**W przypadku pacjenta z chorobą psychiczną (pkt. 9d) konieczne jest dołączenie zaświadczenia lekarza psychiatry o braku przeciwwskazań do umieszczenia w ZOL o profilu ogólnym.**

**Wyniki badania przesiewowego** (dotyczy pacjentów przenoszonych z placówek medycznych) – obowiązkowe dołączenie do dokumentacji medycznej wyniku badania przesiewowego w kierunku nosicielstwa drobnoustroju alarmowego (wymaz z odbytu)

**Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie:** dokładne dane na temat pacjenta; (data, podpis i pieczętka pielęgniarki i lekarza)

**Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego (ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel):** do przyjęcia do ZOL kwalifikuje się pacjent, który otrzymał 40 pkt. lub mniej;

**(podpis i pieczętka pielęgniarki + podpis i pieczętka lekarza, data)**

**Zobowiązanie rodziny:** dane osoby z rodziny pacjenta, która pokryje koszty pobytu chorego do wysokości 70% jego świadczenia w części, której nie przekaze do ZOL organ wypłacający świadczenie.

***Proszę o wyraźne pieczętki i czytelne pismo!!!***

**Kontakt:**

**Zakład Opiekuńczo-Leczniczy  
ul. Powstania Wielkopolskiego 8  
88-320 Strzelno**

**tel. 52/318 92 28; 52/318 92 29**

**dokumenty są dostępne na stronie : [www.spzoz-mogilno.pl](http://www.spzoz-mogilno.pl)**