

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

**Załącznik nr 1**

**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

**WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE****WYWIAD PIELEŃNIARSKI****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<sup>\*\*/\*\*\*</sup>** ..........  
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”.

**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)\*\*\*

.....  
Pielegniarka 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.