

Kontakt w sprawie przyjęcia pacjenta

.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: kod, miejscowość, ulica)

.....
(telefon kontaktowy oraz adres e-mail)

WNIOSEK

Zwracam się o przyjęcie
(nazwisko i imię pacjenta)

Zamieszkały/a
(adres: kod, miejscowość, ulica)

do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w SPWSZ w Szczecinie, ul. Arkońska 4.

.....
(czytelny podpis osoby ubiegającej się
o przyjęcie do ZOL lub opiekuna – proszę
podać stopień pokrewieństwa)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Skierowanie do ZOL.
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie;
3. Skalę Barthel wypełnioną przez pielęgniarkę;
4. Skalę Glasgow;
5. Zobowiązanie się członków rodziny / MOPS / MOPR do odebrania pacjenta po zakończeniu pobytu w Zakładzie (oświadczenie o odbiorze pacjenta);
6. Zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w Zakładzie (oświadczenie o płatności);
7. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do ZOL – aktualna decyzja ZUS/KRUS/MOPS/MOPR (dokument w kserokopii z oryginałem do wglądu);
8. Dokumentację medyczną pacjenta (wypisy ze szpitala, informacje o przebytych chorobach, informacje o przyjmowanych lekach).
9. Ocenę ryzyka związanego ze stanem odżywiania (NRS);
10. Subiektywną globalną ocenę stanu odżywienia (SGA);
11. Kartę kwalifikacji do leczenia żywieniowego.

W przypadku pacjentów wymagających przewlekłej wentylacji mechanicznej należy dodatkowo dołączyć do wniosku:

12. Kartę kwalifikacji pacjentów do wentylacji mechanicznej.