***Bezwzględnymi przeciwwskazaniami do przyjęcia chorego są:***

1. **Choroba zakaźna w ostrej fazie**
2. **Stan układu krążenia i oddechowego w okresie niewydolności kwalifikującej się do zastosowania opieki intensywnej**
3. **Psychoza w ostrej fazie choroby**
4. **Padaczka, szczególnie z tendencjami do przechodzenia w tzw. stan padaczkowy ( status epilepticus ).**
5. **Choroba psychiczna**
6. **Uzależnienia**
7. **Powody socjalne**

 **W DNIU PRZYJĘCIA PACJENTA DO ZOL – U PROSZĘ O ZABRANIE:**

1. dowodu osobistego
2. wypisów ze szpitala ( jeśli są )
3. zapasu leków ( do zużycia, jeśli zostają w domu ) , schematu dotychczasowego przyjmowania
4. pieluch ( jeśli są, do zużycia)
5. środków higienicznych ( mydło – najlepiej szare, dwie gąbki, ręczniki, dezodorant, papier toaletowy, szczotka + pasta do zębów, przybory do golenia dla mężczyzn, oliwka do ciała, szampon do włosów )
6. ubrań – codzienny strój, dresy, bielizna osobista, koszulki bawełniane dla osób leżących

 **OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA**

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

 ( imię i nazwisko osoby odbierającej )

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

 ( adres zamieszkania)

 Niniejszym zobowiązuję się do zapewnienia opieki dla

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

 ( imię i nazwisko pacjenta )

 po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. w Bytowie.

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

 ( czytelny podpis )

 **R E G U L A M I N**

 **ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

 **SZPITALA POWIATU BYTOWSKIEGO**

 **SP. Z O.O.**

1. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy jest jednostką organizacyjną Szpitala Powiatu Bytowskiego

Sp. z o.o. z siedzibą w Bytowie.

1. Celem Zakładu jest objęcie całodobową opieką osób niewymagających hospitalizacji, po przebytej ostrej fazie leczenia szpitalnego, z ukończonym okresem diagnozy, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, które ze względu na stan zdrowia wymagają kontynuacji leczenia farmakologicznego, szeroko rozumianej pielęgnacji, opieki i podstawowej rehabilitacji w zakresie usprawniania.
2. Przyjęcie pacjenta do ZOL – u następuje na podstawie pozytywnie zaopiniowanego przez kierownika i lekarza ZOL – u wniosku, złożonego przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Ostateczną decyzję w sprawie przyjęcia podejmuje Prezes Zarządu.

 Do wniosku należy dołączyć:

* Zaświadczenie lekarskie stwierdzające, że osoba ubiegająca się o skierowanie do

ZOL – u ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymaga hospitalizacji.

* Wywiad pielęgniarski przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskowo / rodzinną
* **Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu lub *dwóch innych osób* zobowiązanych do ponoszenia odpłatności za pobyt**

 **w placówce, w szczególności:**

**- decyzję organu emerytalno – rentowego ustalającego wysokość świadczenia**

**- decyzję o przyznaniu zasiłku stałego lub o innym charakterze**

**- podpisane oświadczenie i zobowiązanie do ponoszenia opłat**

1. Opłatę za pobyt ustala Prezes Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o. o. w oparciu o faktyczne koszty zakwaterowania i wyżywienia. Wysokość opłaty jest aktualizowana każdorazowo w przypadku wzrostu kosztów. Opłata wnoszona przez pacjenta służy pokryciu kosztów wyżywienia i zakwaterowania ( koszty utrzymania budynku, ogrzewanie, energia elektryczna, woda, sprzątanie, pranie itp.) Podstawa prawna: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r.

w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, Uchwała nr 2/2009 Zarządu Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

1. **W dniu przyjęcia pacjenta do placówki wnosi się zaliczkę w wysokości jednomiesięcznej opłaty.**
2. **Zaliczka zostaje rozliczona po zakończonym pobycie pacjenta w ZOL-u i zwrócona po potrąceniu należności szpitala.**
3. Termin przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Bytowie ustala Prezes Zarządu, po pozytywnym zaopiniowaniu wniosku przez osoby wymienione w pkt. 3. Kierownik Zakładu zawiadamia telefonicznie lub pisemnie osobę skierowaną do placówki o terminie przyjęcia.
4. Pacjent przyjęty do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Bytowie w ramach umowy z NFZ otrzymuje nieodpłatnie świadczenia medyczne finansowane przez NFZ, a w szczególności całodobową opiekę pielęgniarską, leki, wyroby i środki farmaceutyczne, badania diagnostyczne, konieczne konsultacje lekarskie, pomoc psychologiczną i rehabilitację.

Pacjent przyjęty z wyłączeniem finansowania przez NFZ zobowiązany jest do pokrycia całości kosztów wszystkich świadczeń.

Opłatę za pobyt w ZOL-u należy wnosić do 15 dnia następnego miesiąca na podstawie wystawionej faktury.

1. Wypisanie pacjenta z Zakładu następuje na wniosek Kierownika ZOL – u, decyzją Prezesa Zarządu Spółki, w szczególności w przypadku:
* Poprawy stanu zdrowia
* Konieczności leczenia szpitalnego
* Uzyskania miejsca w innej placówce opiekuńczej
* Na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego ( obowiązuje uprzedzenie Kierownika ZOL-u co najmniej 3 dni przed terminem wypisu )
* W przypadku niewywiązywania się z obowiązku wnoszenia opłaty
* Zaprzestania finansowania świadczeń przez NFZ
* Niestosowania się do regulaminu porządkowego.
1. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze i rzeczy wartościowe nieoddane do depozytu.
2. Pozostawione w placówce rzeczy i sprzęt pacjenta są przechowywane do dwóch tygodni. Nieodebrane w tym czasie poddane zostaną utylizacji.
3. Na terenie Zakładu obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu i picia alkoholu pod groźbą natychmiastowego wypisu .
4. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej. Koszty realizacji tego prawa ponosi Zakład.
5. Pacjent może uzyskać przepustkę za jednoczesna zgodą lekarza i kierownika Zakładu. Na czas trwania przepustki Zakład wyposaża pacjenta w leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze.

Odpłatność w trakcie pobytu pacjenta na przepustce reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia

z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie skierowania pacjentów do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych , par. 8 pkt. 4.

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem rozstrzygnięcia regulowane są przez Zarząd Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. w Bytowie.

 …………………………………………………………………….

 ( czytelny podpis )

**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

 **WYWIAD PIELĘGNIARSKI**

**1. Dane świadczeniobiorc**
Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………..

Adres zamies**z**kania……………………………………………………………………………….

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 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 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/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.



