

WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE POBYTU W ZOL / ZPO***1. Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel .**

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

L/p	Nazwa czynności */	Wartość punktowa **/
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie) 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 = samodzielny.	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby.	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny, 5 = niezależny.	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku, 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku, 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > powyżej 50.	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji, 10 = samodzielny.	
8.	Ubieranie i rozbieranie się. 0 = zależny, 5 = potrzebuje częściowej pomocy, 10 = niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność spowodowania wydalania , 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany, 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu.	
Wynik kwalifikacji ***/		

*/ należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić,

**/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości,

***/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

.....
Data, podpis i pieczęć pielęgniarki

2. Ocena stanu zdrowia fizycznego:

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

3. Ocena stanu zdrowia psychicznego:

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

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza zakładu

Stwierdzam, iż Pan/Pani*
kwalifikuje się / nie kwalifikuje się* do przedłużenia pobytu
.....
.....
.....

/ wpisać nazwę zakładu /

.....
Data i podpis, pieczęć lekarza zakładu

W związku z oceną stanu samoobsługi pacjenta oraz oceną zdrowia fizycznego i psychicznego Pana/Pani*

/ imię, nazwisko, PESEL pacjenta/

przebywającej/go w

/ należy wpisać nazwę zakładu/

od dnia **do dnia**

proszę o wyrażenie zgody na przedłużenie pobytu na okres

.....
data i podpis, pieczęć dyrektora zakładu

Wydaję zgodę / nie wydaję zgody* na przedłużenie pobytu Pani/Pana*

.....
/ imię, nazwisko, PESEL pacjenta/

W

/ wpisać nazwę zakładu /

na okres

.....
Data i podpis, pieczęć dyrektora OW NFZ lub osoby upoważnionej