



ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY 83-032 PSZCZÓŁKI , ul. SPORTOWA 1C

Kontakt:

tel./fax .

058 – 682 99 00

nasza strona internetowa: www.zozmedical.pl

e-mail:

zol.pszczolki@zozmedical.pl

INFORMACJA DLA PACJENTÓW, OPIEKUNÓW, LEKARZY POZ, SZPITALI, PIELĘGNIAREK ŚRODOWISKOWORODZINNYCH, MOPS

Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Pszczółkach, uprzejmie informuje, iż świadczy usługi pielęgnacyjno – opiekuńcze, rehabilitacyjne oraz zapewnia kontynuację leczenia, osób nie wymagających hospitalizacji, również w stanach apalicznych - ubezpieczonych w NFZ.

Przeciwwskazaniem do pobytu w ZOL jest terminalna faza choroby nowotworowej (wskazana wówczas jest opieka hospicyjna) oraz ostra faza choroby psychicznej (wskazany pobyt na oddziale psychiatrycznym).

Zapewniamy miłą, uprzejmą i fachową obsługę, domową atmosferę, korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, zapewnia ciszę i spokój.

Zasady przyjęcia do Zakładu obowiązują na podstawie Dz. U. nr 166 z dnia 31.12. 1998r, poz. 1265 oraz Dz. U. Nr 255 z dnia 23.12.2010 r. poz. 1719 i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. poz. 731.

DOKUMENTY POWINNY ZAWIERAĆ:

- ✓ **wniosek o skierowanie do ZOL (pisany odręcznie w formie podania);**
- ✓ **skierowanie do zakładu opiekuńczo – leczniczego** (wystawione wyłącznie przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego);
- ✓ **wywiad pielęgniarzski i zaświadczenie lekarskie stwierdzające**, iż osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymaga hospitalizacji z dopiskiem wykazu leków pobieranych przez chorego na stałe;
- ✓ **skala BARTHEL – karta oceny świadczeniobiorcy** potwierdzona przez lekarza i pielęgniarkę!
Warunkiem przyjęcia jest max. 40 pkt.-łącznie;
- ✓ **skala GLASGOW - w przypadku zaburzeń przytomności;**
- ✓ **zaświadczenia lekarza psychiatry** w przypadku współistnienia choroby psychicznej, iż nie wymaga leczenia psychiatrycznego i może przebywać w placówce o profilu somatycznym;
- ✓ **karta kwalifikacji do żywienia dojelitowego** w przypadku zaburzeń połknięcia – wykonana przez zespół ds. żywienia w szpitalu lub z poradni leczenia żywieniowego do karmienia dietą przemysłową;
- ✓ **subiektywna globalna ocena stanu odżywiania (SGA);**
- ✓ **zaświadczenie o żywieniu dojelitowym;**
- ✓ **aktualne wyniki badań:** morfologia, OB, bad. Ogólne moczu, Aspat, Alat, glukoza, kreatynina we krwi, bilirubina, HBS, EKG i RTG kl. piersiowej (opisy)
- ✓ **w przypadku ran, odleżyn, drenów i cewników** – wymaz bakteriologiczny;
- ✓ **w przypadku zwyrodnień stawów, złamań szyjki kości udowej itp.** - aktualne zdjęcie RTG
- ✓ **kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej w tym karty leczenia szpitalnego;**
- ✓ **dokumenty stwierdzające wysokość dochodu** (np. kserokopia aktualnej decyzji ZUS/KRUS, decyzja o zasiłku stałym, zaświadczenie o dochodach z zakładu pracy) osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu (chory ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania);
- ✓ **oświadczenie**, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte lub obciążone prawami osób trzecich (druk w załączeniu - wypełnia chory zał. 3 lub opiekun zał. 3a);
- ✓ **kserokopia:** ubezpieczenia zdrowotnego, dowodu osobistego pacjenta i legitymacji rencisty-emeryta;

DRUKI NALEŻY WYPEŁNIĆ DOKŁADNIE I CZYTELNIE POD RYGOREM ODMOWY ROZPATRZENIA!

NIEDOPUSZCZALNE JEST ZATAJENIE ISTOTNYCH DLA ZDROWIA PACJENTA INFORMACJI O JEGO STANIE ZDROWIA!

Wnioski prosimy składać w **ADMINISTRACJI ZOL** (pn,śr,czw 8.00-15.00 oraz wt,pt 8.00-14.00) z dopiskiem: „Skierowanie do ZOL”. O wpisie la listę oczekujących lub o terminie przyjęcia osoby kierowanej do Zakładu zawiadamia telefonicznie lub pisemnie Kierownik lub Z-ca Kierownika Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego.

**PROSZĘ O PODANIE NUMERÓW KONTAKTOWYCH PACJENTA LUB OPIEKUNA FAKTYCZNEGO/PRAWNEGO PACJENTA I
CZAS POBYTU W ZAKŁADZIE JEST OKRESOWY I ZALEŻNY WYŁĄCZNIE OD STANU ZDROWIA PACJENTA.**