

KOMPLET DOKUMENTÓW

1. Dokumenty 1-6 – wypełnia lekarz i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego, dokumenty 7-15 – wypełnia pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.
2. Wszystkie dokumenty muszą być kompletne i czytelnie wypełnione (w skierowaniu do Zakładu powinna znajdować się wyraźna pieczęć jednostki kierującej z podaniem umowy z NFZ i kodów resortowych).
3. Wraz z wypełnionym kompletem dokumentów należy załączyć:
 - Ksero decyzji rentalno - emerytalnej z marca b/r oraz inne dokumenty poświadczające uzyskiwane dochody.
 - Ksero przyznanej grupy inwalidzkiej, jeśli chory taką posiada.
 - Ksero wydanego ubezwłasnowolnienia pacjenta - jeśli takie istnieje.
 - Wyniki badań laboratoryjnych wykonanych w okresie od 1-6 m-cy (morfologia, CRP, badanie ogólne moczu, jonogram, glukoza i kreatynina we krwi, HBS), wymaz z odleżyn (jeżeli występują), EKG oraz RTG klatki piersiowej wykonane w ostatnich 2 latach. Aktualne zdjęcie RTG płuc, jeżeli pacjent ma schorzenie płuc.
 - Ksero kart informacyjnych z leczenia szpitalnego (jeżeli pacjent posiada).
 - Wyniki konsultacji specjalistycznych (np. psychiatryczne) – jeśli pacjent jest objęty leczeniem specjalistycznym.
4. Do wglądu:
 - Dowód osobisty pacjenta oraz osoby umieszczającej.
 - Legitymacja rencisty/ emeryta lub inny dokument poświadczający ubezpieczenie zdrowotne.

WNIOSEK
o wydanie skierowania do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego
w ZOD FREGATA sp. z o.o.
ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby kierowanej do ZPO
lub jego przedstawiciela ustawowego*

* Niepotrzebne skreślić

SKIEROWANIE DO 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 wg ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia - tak/ nie*

.....
.....
Liczba punktów w skali Bartel, 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)

.....
miejsowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także
nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz
ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

* jeżeli tak - należy zamieścić informację o dotychczasowym leczeniu/ niepotrzebne skreślić

** jeżeli tak - należy zamieścić informację o nagłym przypadku/ niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć podmiotu leczniczego z:
- kodami resortowymi
- numerem umowy z NFZ

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

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 wymiany rurki tracheotomijnej.....
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 Bartel**

.....
miejsowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki albo imię
i nazwisko pielęgniarki,
jej podpis oraz numer prawa wykonywania
zawodu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Na podstawie

.....

.....

.....

stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga* skierowania do zakładu
pielęgnacyjno – opiekuńczego.

.....
miejsowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię
i nazwisko lekarza, jego podpis oraz
numer prawa wykonywania zawodu

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 2055 oraz z 2022 r. poz. 655) 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 2019 r. poz. 886 oraz z 2022 r. poz. 974), zastępuje ocenę skalą Barthel.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

Ocena pacjenta wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Lp.	Czynność ³	Wynik ⁴
1.	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety, 10 - samodzielny, niezależny.	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie): 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu, 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby), 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna, 15 - samodzielny.	
3.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami).	
4.	Korzystanie z toalety (WC): 0 - zależny, 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam, 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się.	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 - zależny, 5 - niezależny lub pod prysznicem.	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich): 0 - nie porusza się lub < 50 m, 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m, 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m, 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m.	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie, 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie, 10 - samodzielny.	

8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny, 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy, 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw, 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10 – panuje, utrzymuje stolec.	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany, 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10 – panuje, utrzymuje mocz.	
Wynik kwalifikacji⁵		

.....
Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki
zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego oraz jej podpis

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/ nie¹** wymaga skierowania do zakładu opiekuńczego/ **dalszego** pobytu w zakładzie opiekuńczym¹

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

.....
Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu
pielęgnacyjno-opiekuńczego oraz jego podpis

- 1) Niepotrzebne skreślić.
- 2) Mahoney FI, Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel". Maryland State Med Journal 1965; 14:56–61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
- 3) W lp. 1–10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.
- 4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
- 5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.

OCENA WG SKALI GLASGOW

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

PESEL

Lp.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	Otwieranie oczu 4 - spontaniczne 3 - na polecenie 2 - na bodźce bólowe 1 - nie otwiera oczu	
2.	Kontakt słowny 5 - odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu własnej osoby 4 - odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany 3- odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk 2 - niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie 1 - bez reakcji	
3.	Reakcja ruchowa 6 - spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych 5- ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy 4 - reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego 3 - patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych) 2 - patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy) 1 - bez reakcji	
Wynik kwalifikacji		

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3-15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4+4/5+5/6).

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na:

- GCS 13-15 – łagodne
- GCS 9-12 - umiarkowane
- GCS 6-8 – brak przytomności
- GCS 5 - odkorowanie
- GCS 4 - odmóżdzenie
- GCS 3 – śmierć mózgowa

.....
Data, podpis, pieczęć lekarza

KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

Pacjent:

Imię, nazwisko..... PESELnr historii choroby.....

1. Ocena stanu odżywienia: SGA lub NRS 2002 (załączyć kartę oceny):

BMI =

% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach):

stężenie białka we krwi.....g/l stężenie albumin we krwi.....g/l

2. Wskazania do leczenia żywieniowego:

przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego:dni

wskazania do leczenia żywieniowego:

- okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci
- wyniszczenie (BMI<17 lub klasa C wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego niedożywienie (BMI 17-18 lub klasa B+D wg skali SGA) bez możliwości odżywiania
- doustnego > 7 dni
- BMI ≥ 18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego >10 dni zwiększony katabolizm
- powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego
- reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji
- niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła
- inne

3. Cel leczenia żywieniowego:

- utrzymanie stanu odżywienia
- poprawa stanu odżywienia
- leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań

4. Droga podawania

skuteczne żywienie doustne: możliwe Tak Nie

skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe Tak Nie

5. Dostęp:

zgiębnik: nosowo –żołądkowy nosowo- dwunastniczy nosowo- jelitowy
przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) gastrostomia jejunostomia inna
przetoka żyła centralna tunelizacja cewnik permanentny port żyły obwodowe
typ cewnika, zgiębnika lub PEG:

6. Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):

nie ma małe duże

7. Wynik leczenia: dobry zły

8. Posiew krwi

w przypadku żywienia drogą żyły głównej górnej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika:

wynik obecny brak

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

- Objęty/a jestem ubezpieczeniem przez*:
 - Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
 - Inny oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

.....
Podać nazwę oddziału NFZ

2. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

Nazwisko i imię	
Nazwisko rodowe	
Adres zamieszkania: ulica i nr domu	
Kod pocztowy, miejscowość	
PESEL	
Data i miejsce urodzenia	
Imiona rodziców	
Stan cywilny	
Dowód osobisty (seria, nr, data wydania, organ wydający)	
Dokumenty potwierdzające ubezpieczenie np. legitymacja emeryta/ rencisty – NUMER dokumentu, data wydania, organ wydający	
Kontakt z rodziną/ opiekunem prawnym (Imię i nazwisko, adres, telefon, adres e-mail, stopień pokrewieństwa)	
Obecnie przebywam	

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data i podpis świadczeniobiorcy lub jego
Przedstawiciela ustawowego*

- Wyrażam zgodę na mój pobyt i udzielanie wobec mnie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ZOD FREGATA sp. z o.o. z siedzibą w Świnoujściu.

* Niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis świadczeniobiorcy lub jego
Przedstawiciela ustawowego*

Klauzula informacyjna RODO dla Pacjenta

Szanowni Państwo,

Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – dalej Rozporządzenie UE), zwanego RODO oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych informujemy, że:

Administratorem Danych Osobowych jest:

ZOD FREGATA sp.zo.o z siedzibą przy ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście, wpisany do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem REGON: 812012078, NIP: 8551601917 (zwany dalej Zakładem), reprezentowany przez Prezesa Zarządu.

Inspektor Danych Osobowych:

W sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iodo@zodfregata.swinoujście.pl

Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:

Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 lit b) w celu realizacji umowy, art. 6 lit c) w celu wypełnienia obowiązku prawnego oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co w szczególności wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; a także: ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry; ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej; ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego; ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia; rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych.

Cel zbierania danych oraz udostępnianie danych:

Administrator przetwarza dane osobowe Pacjentów w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych. Podstawowym celem Administratora jest ochrona zdrowia, świadczenie działań zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz świadczenie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady wykonywania świadczeń medycznych przy utrzymaniu i zapewnieniu bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna.

Udostępnianie danych:

1. W celu prawidłowej realizacji usług medycznych świadczonych przez Administratora, dane osobowe Pacjentów mogą być udostępnione podmiotom świadczącym usługi medyczne i inne na rzecz Administratora na podstawie zawartych umów powierzenia, a także innym podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
2. Administrator może przekazać dane poza Europejski Obszar Gospodarczy do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej tylko i wyłącznie w przypadku indywidualnej sprawy i na życzenie Pacjenta. Administrator informuje, że w tym celu zastosowane zostaną odpowiednie zabezpieczenia.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

Okres przechowywania danych: Zasady przechowywania dokumentacji medycznej określa art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Po upływie terminów dokumentacja zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację Pacjenta.

Prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania:

Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych przy czym zapis ten dotyczy tylko danych osobowych, prawo Pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, jest odrębnym prawem (art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz prawa dostępu do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 23 ust. ww. ustawy).

Przysługuje Państwu prawo do sprostowania lub uzupełniania danych osobowych, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, niezbędnym do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.

Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w tym profilowanie w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....

miejsowość, data

.....

podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres

UPOWAŻNIENIE DO INFORMACJI

1. Upoważniam do uzyskania informacji o stanie zdrowia, udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych i odbioru dokumentacji medycznej powstałej w ZOD FREGATA sp. z o.o. :

Imię i nazwisko

Numer telefonu

2. Jestem świadomy, że zgodnie z przepisem art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

Mając na uwadze powyższe:

Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej po mojej śmierci, oprócz osób wskazanych w pkt 1 dodatkowo następujące osoby:

.....

Nie upoważniam dodatkowych osób (innych niż osoby wskazane w pkt 1) do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci*.

Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(y) o możliwości przekazywania pieniędzy i rzeczy wartościowych do depozytu.

Przyjmuję do wiadomości, że ZOD FREGATA sp. z o.o. nie odpowiada za przedmioty wartościowe i pieniądze nie oddane do depozytu.

Dodatkowe oświadczenia **

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu
lub jej ustawowego opiekuna

* zaznaczyć potrzebne

** jeżeli pacjent składa dodatkowe oświadczenia

Świnoujście, dnia

Oświadczenie

o przyjęciu zobowiązania do ponoszenia kosztów żywienia i zakwaterowania pacjenta Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego ZOD FREGATA sp. z o.o. w Świnoujściu

Działając w imieniu własnym,,

imię i nazwisko PESEL

.....
seria i numer dowodu osobistego adres zamieszkania
oświadczam, że przyjmuję na siebie zobowiązanie do ponoszenia kosztów żywienia

i zakwaterowania pacjenta,

imię i nazwisko pacjenta PESEL pacjenta

....., o których mowa

seria i numer dowodu osobistego pacjenta

w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561), w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym FREGATA w Świnoujściu Sp. z o.o. z siedzibą w Świnoujściu (dalej również: Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy), w przypadku, gdy koszty te nie będą pokrywane z emerytury/renty pacjenta lub z innego dochodu uzyskiwanego przez pacjenta.

Jednocześnie zobowiązuję się:

- 1) do dokonywania opłat z tytułu kosztów żywienia i zakwaterowania pacjenta, o których mowa powyżej, do **10-ego** dnia każdego miesiąca na rachunek bankowy Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego: **03 1240 3927 1111 0010 6516 3040**;
- 2) w przypadku zmiany formy płatności lub numeru rachunku bankowego Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego do dokonywania opłat według formy lub na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy;
- 3) do niezwłocznego informowania o każdorazowej zmianie wysokości dochodu pacjenta oraz doręczenia dokumentów stwierdzających wysokość dochodu pacjenta, zgodnie z § 8 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1755).

Pani /Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, jako prawnie uzasadniony interes Administratora. Celem przetwarzania jest zapewnienie ciągłości finansowania świadczonych usług oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń związanych ze zobowiązaniami wynikającymi z niniejszego oświadczenia. Dane osobowe przetwarzane będą do czasu złożenia sprzeciwu przez osobę, której dane dotyczą, z zastrzeżeniem konieczności przetwarzania danych do końca okresu niezbędnego do ustalenia i dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami².

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

¹ Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty żywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej (w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561))

² Szczegółowa klauzula przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Zakładu: www.zodfregata.swinoujscie.pl

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
imię i nazwisko **osoby odbierającej**, stopień pokrewieństwa

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania Pacjenta

.....
imię i nazwisko **Pacjenta**

po zakończonym pobycie w ZOD FREGATA sp. z o. o. przy ul. Bydgoskiej 14 w terminie wskazanym przez Zakład. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu Pacjenta w Zakładzie jest uzależniony od uzyskanej przez Pacjenta ilości punktów w ocenie w/g skali Barthel oraz o tym, że jeżeli ta punktacja przekroczy 40 punktów pobyt Pacjenta przestaje być finansowany przez ZOW NFZ w Szczecinie, a Pacjent zostanie wypisany z Zakładu lub będzie ponosił koszty w/g aktualnego cennika na usługi komercyjne (dostępnego na stronie Zakładu: www.zodfregata.swinoujscie.pl) naliczane za każdy dzień po dniu wypisu. W sytuacji, gdy Pacjent nie przekracza progu 40 punktów w skali Barthel, a jego dalsza opieka pielęgnacyjna i rehabilitacja nie rokują poprawy stanu zdrowia, i pacjent nie wymaga świadczeń zdrowotnych, Zakład zastrzega sobie prawo do wypisania Pacjenta.

Pani /Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, jako prawnie uzasadniony interes Administratora. Celem przetwarzania jest zapewnienie ciągłości finansowania świadczonych usług oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń związanych ze zobowiązaniami wynikającymi z niniejszego oświadczenia. Dane osobowe przetwarzane będą do czasu złożenia sprzeciwu przez osobę, której dane dotyczą, z zastrzeżeniem konieczności przetwarzania danych do końca okresu niezbędnego do ustalenia i dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami¹.

.....
podpis **osoby odbierającej**

¹ Szczegółowa klauzula przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie internetowej Zakładu: www.zodfregata.swinoujscie.pl

Świnoujście, dnia

**Oświadczenie
o wskazaniu osoby uprawnionej do odbioru depozytu**

Działając w imieniu własnym,.....
imię i nazwisko **Pacjenta**

.....,
PESEL **Pacjenta** seria i numer dowodu osobistego **Pacjenta**

oświadczam, że wskazuję jako osobę uprawnioną do odbioru, na podstawie okazanej karty depozytowej, przekazanych przeze mnie do depozytu ZOD FREGATA sp. z o. o. z siedzibą w Świnoujściu przedmiotów (środków pieniężnych, przedmiotów wartościowych):

.....,
imię i nazwisko **osoby uprawnionej**

.....,
PESEL **osoby uprawnionej**

.....
adres zamieszkania **osoby uprawnionej**, telefon kontaktowy

.....
Podpis **Pacjenta** lub jego
przedstawiciela ustawowego

....., dnia
Miejscowość

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

.....
Adres, kod pocztowy

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym, działając w imieniu własnym zobowiązuję się ponosić odpłatność za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w ZOD FREGATA sp. z o.o. zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561) oraz § 8 ust.1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1755) w związku z art. 9 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991) tj. odpłatność w wysokości odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury jednakże nie wyżej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Oświadczam, że uzyskuję miesięczny dochód z następujących tytułów*:

- renta w wysokości.....zł,
- emerytura w wysokości.....zł,
- wynagrodzenie z pracy w wysokości zł,
- zasiłek stały wyrównawczy w wysokości.....zł,
- renta socjalna w wysokości.....zł,
- najem/dzierżawa w wysokości.....zł,
- prawa autorskie i inne prawa, o których mowa w ustawie o prawie autorskim o prawach pokrewnych w wysokościzł,
- innezł.

W załączeniu jednocześnie przekazuję kopie dokumentów potwierdzających w/w okoliczności.

Ponadto oświadczam, że nie uzyskuję innych dochodów niż w/w, na które przedstawiłem/am dokumenty stwierdzające wysokość mojego dochodu, które w związku z tym stanowią podstawę do obliczenia opłaty za mój pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w ZOD FREGATA sp. z o.o.

Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie informować Zakład o zmianie (zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego przeze mnie dochodu.

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

* właściwie uzupełnić

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

....., dnia
miejsowość

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

Oświadczenie

o przekazywaniu pozostałej części świadczenia emerytalnego/rentowego*

Ja, niżej podpisany(-a) oświadczam, że jestem pacjentem(-tką) zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego w ZOD FREGATA sp. z o.o. z siedzibą w Świnoujściu KRS 0000896149 NIP 8551601917 (w dalszej części pisma zwanego **Zakładem**).

Wyrażam zgodę na potrącanie opłat za pobyt w Zakładzie z moich świadczeń, określonych w Ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych/ Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego/ Wojskowe Biuro Emerytalne*, w kwocie odpowiadającej wysokości **70%** mojego dochodu, zgodnie z art.18 ust.1 Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pozostałą część mojego świadczenia proszę przekazywać** :

1. na adres
2. na konto bankowe

.....
podpis pacjenta lub jego
przedstawiciela ustawowego

* niepotrzebne skreślić

** wypełnić właściwie

.....
Miejscowość, data

Upoważnienie

Ja, niżej podpisana/y
Imię i nazwisko, PESEL

.....
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....
Adres zamieszkania

upoważniam:

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w ZOD FREGATA sp. z o.o., ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście do występowania w moim imieniu do instytucji/ podmiotów, z których uzyskuję dochód, z wnioskiem o informację o uzyskiwanych przeze mnie dochodach i uwzględnianiu pozyskanych informacji przy ustalaniu odpłatności.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany, że niniejsze upoważnienie nie zwalnia mnie z obowiązku informowania ZPO o każdej zmianie wysokości moich dochodów.

.....
Podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego

Klauzula informacyjna RODO

Szanowni Państwo,

Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – dalej Rozporządzenie UE), zwanego RODO oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych informujemy, że:

Administratorem Danych Osobowych jest:

ZOD FREGATA sp.zo.o z siedzibą przy ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście, wpisany do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem REGON: 812012078, NIP: 8551601917 (zwany dalej Zakładem), reprezentowany przez Prezesa Zarządu.

Inspektor Danych Osobowych:

W sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iodo@zodfregata.swinoujście.pl

Podstawa prawna i cele przetwarzania danych:

Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie: art. 6 lit b) w celu realizacji umowy o udzielenie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej podopiecznego Pacjenta, art. 6 lit c) w celu udokumentowania wykonanej umowy, na podstawie obowiązków wynikających z ustawy o rachunkowości i przepisów prawa podatkowego oraz w celu wypełnienia innych obowiązków wynikających z przepisów Kodeksu cywilnego, art. 6 lit f) w celach dowodowych będących realizacją prawnie uzasadnionego interesu administratora danych polegającego na zabezpieczeniu informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami.

Udostępnianie danych:

W celu prawidłowej realizacji umowy przez Administratora, Państwa dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom świadczącym usługi medyczne i inne na rzecz Administratora na podstawie zawartych umów powierzenia, a także innym podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Administrator nie będzie przekazywać Państwa danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

Okres przechowywania danych nie będzie dłuższy niż przewidują to przepisy prawa, w tym przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy o rachunkowości, licząc od końca roku kalendarzowego w którym umowa została wykonana z możliwością przedłużenia tego okresu o czas niezbędny dla dochodzenia wzajemnych zobowiązań finansowych.

Prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania:

Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych i podopiecznego Pacjenta przy czym zapis ten dotyczy tylko danych osobowych, prawo Pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, jest odrębnym prawem (art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz prawa dostępu do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 23 ust. ww. ustawy).

Przysługuje Państwu prawo do sprostowania lub uzupełniania danych osobowych swoich i podopiecznego Pacjenta, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest wymogiem niezbędnym do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa realizacji umowy o udzielenie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej podopiecznego Pacjenta.

Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w tym profilowanie w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

Sugerowane wyposażenie pacjenta do Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego na pierwszy miesiąc

1. Środki do higieny osobistej: szampon, odżywka do włosów, żel do kąpieli lub mydło, gąbki (6) lub myjki do kąpieli, szczoteczka i pasta do zębów lub do protez zębowych, pianka do golenia, maszynki do golenia 10 sztuk, płyn po goleniu, balsam nawilżający do ciała, grzebień lub szczotka do włosów, dezodorant
2. Kosmetyki indywidualne
3. Wkładki higieniczne
4. Ręcznik papierowy (4 małe rolki)
5. Chusteczki nawilżane
6. Ręcznik kąpielowy (ok 70 x 140) 3 sztuki – trwale oznakowane imieniem i nazwiskiem pacjenta
7. Ręcznik o wymiarach 50 x 90 3 sztuki – trwale oznakowane imieniem i nazwiskiem Pacjenta
8. Zestaw do pielęgnacji paznokci

**Odzież - koniecznie oznakowana w sposób trwały,
w przeciwnym razie nie odpowiadamy za ewentualną stratę!!!**

1. Piżamy lub koszule nocne - 5 sztuk
2. Bluzy dresowe bawełniane rozpinane - 2 sztuki
3. koszulki bawełniane - 5 sztuk
4. spodnie dresowe lub legginsy - 5 sztuk
5. skarpety bawełniane nieuciskające- 5 par
6. Bielizna osobista - 5 zmian
7. Nakrycie głowy p/słoneczne i ciepła czapka
8. Okrycie wierzchnie (wygodne np. pikowana lekka kurtka)
9. Buty sportowe do rehabilitacji
10. Kapatki wkładane
11. Buty do wyjścia na zewnątrz

Jeśli pacjent przyjmuje leki, to prosimy o zaopatrzenie w nie na pierwsze dwa tygodnie.