

**INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE W SPRAWIE  
WARUNKÓW PRZYJĘCIA I ZASAD FUNKCJONOWANIA  
ZAKŁADU OPIEKU CZO-LECZNICZEGO CARITAS DIECEZJI SOSNOWIECKIEJ  
DLA PACJENTÓW ORAZ ICH OPIEKUNÓW.**

1. Zakład Opieku czo-Leczniczny jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą. Realizuje świadczenia zdrowotne na podstawie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ustawy o działalności leczniczej oraz umowy zawartej ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach.

2. świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Koszty wyżywienia i zakwaterowania ponosi pacjent zgodnie z art. 18.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr.164.poz 1027 z późn. zm).

3. świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane są świadczeniobiorcy, który w ocenie skali Barthel otrzymał 40 pkt. lub mniej, (Dz. U. Nr 140 z dnia 30 sierpnia 2009r poz. 1147 z późn. zm.).

4. Do Zakładu nie przyjmuje się pacjentów, u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest choroba nowotworowa, choroba psychiczna, współistniejąca choroba zakaźna lub uzależnienie.

5. Wymagane dokumenty niezbędne do przyjęcia do Zakładu:

a) skierowanie do ZOL -wystawione wyjątkowo przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego/

b) wniosek o przyjęcie do Zakładu Opieku czo-Lecznicznego. Załącznik nr2 podpisany przez osobę kierowaną do Zakładu. W przypadku chorych niemogących wyrazić wiadomości zgody na umieszczenie w ZOL konieczne jest uzyskanie postanowienia Sądu o umieszczeniu bez zgody.

W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej do wniosku o przyjęcie należy dołączyć :

- postanowienie Sądu o ubezwłasnowolnieniu,
- postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,
- zgodę Sądu na umieszczenie w Zakładzie.

c) zaświadczenie lekarskie

Jeśli lekarz w zaświadczeniu lekarskim zaznaczy współistnienie choroby psychicznej (pkt. 9d) wymagane jest dodatkowo zaświadczenie od lekarza psychiatry - wyjątkowo lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, o aktualnym stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do przebywania w ZOL o profilu ogólnym.

d) wywiad pielęgniarski

e) karta oceny świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel.

Do przyjęcia do ZOL kwalifikowani są pacjenci nieprzekraczający 40 pkt

f) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu (np. kserokopia aktualnej decyzji ZUS/KRUS, decyzja o zasiłku stałym, zaświadczenie o dochodach z zakładu pracy).

g) kserokopie posiadanej dokumentacji: medycznej w tym karty leczenia szpitalnego, ubezpieczenia zdrowotnego, dowodu osobistego.

h) oświadczenie o odbiorze pacjenta po zakończonym pobycie

i) oświadczenie o wyrażeniu zgody na potrącenie opłaty za pobyt przez właściwy organ emerytalno-rentowy

6. Dyrektor zakładu wraz z Kierownikiem w porozumieniu z lekarzem opiniującym wyda decyzję o umieszczeniu, bądź o nie umieszczeniu osoby w zakładzie. Po wydaniu pozytywnej decyzji osoba powinna być przyjęta do Zakładu. W przypadku braku miejsc - osoba umieszczana jest na liście oczekujących na przyjęcie. Kierownik zakładu informuje osobę zainteresowaną o terminie przyjęcia, bądź o umieszczeniu na liście oczekujących. O decyzji osoba ubiegająca się o przyjęcie do ZOL zostanie poinformowana pisemnie.

7. Osoba zakwalifikowana powinna być przyjęta do ZOL nie później niż w terminie 12 miesięcy od dnia wydania skierowania.

8. Niezbudnymi dokumentami wymaganymi w dniu przyjęcia pacjenta do Zakładu są :

a) aktualny dowód osobisty,

b) aktualny dokument potwierdzający ubezpieczenie /Legitymacja Emeryta/Rencisty lub decyzja o przyznaniu zasiłku,

c) aktualne badania tj. Rtg klatki piersiowej (PA+bok), morfologia krwi, badania biochemiczne: mocznik, kreatynina, ASPAT, ALAT, lipidogram, elektrolity: sód, potas, INR(u osób przyjmujących leki przeciwzakrzepowe), badanie ogólne moczu, EKG.

9. W dniu przyjęcia lekarz i pielęgniarka Zakładu oceniają pacjenta wg skali opartej na skali Barthel. Pacjent, który zostaje oceniony powyżej 40 punktów wg w/w skali nie zostanie przyjęty do Zakładu. NFZ finansuje pobyt pacjentów ocenionych wyżej niż do 40 punktów wg w/w skali. Pacjent, który zostaje oceniony powyżej 40 punktów wg skali opartej na skali Barthel zostanie wypisany z Zakładu. Ocena w skali opartej na skali Bartel przeprowadzana jest, co miesiąc.

10. Zgodnie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654) Zakład wypisuje pacjenta, którego stan zdrowia - zgodnie z aktualną wiedzą medyczną - uległ poprawie w tak istotnym stopniu, i nie wymaga on dalszych, całodobowych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie.

11. Zgoda pacjenta na pobyt jest warunkiem przebywania w Zakładzie. Pacjent nie może przebywać w Zakładzie wbrew własnej woli.

12. Pacjent i jego opiekun mają obowiązek zapoznać się z Regulaminem Zakładu, który znajduje się w Dykance pielęgniarek oraz Zarządzeniami Dyrektora Zakładu dostępnymi na oddziałowej tablicy ogłoszeń.

13. Pacjent oraz jego opiekunowie zobowiązani są do przestrzegania Regulaminu Organizacyjnego Zakładu, a w szczególności:

- a) zachowywa si kulturalnie w stosunku do personelu i innych chorych;
- b) zachowa trze wo i nie spo ywa alkoholu;
- c) nie palenia tytoniu (na terenie caego Zakładu jest bezwzgl dny zakaz palenia tytoniu).

14. Zakład gwarantuje przestrzeganie Praw Pacjenta, których wykaz jest wywieszony na tablicy ogłosze ka dego z oddziaów Zakładu.

15. Zgodnie z wymogami NFZ pacjent ma prawo do korzystania z przepustek w wymiarze do 10% czasu pobytu w Zakładzie (tj. 3 dni w ci gu miesi ca). Przepustka udzielana jest na podstawie pisemnej pro by pacjenta lub jego opiekuna podpisana przez lekarza prowadz cego i Dyrektora Zakładu.

16. Zakład zapewnia podstawowy pakiet wiadcze (umowa z NFZ):

- a) wiadczenia lekarskie;
- b) wiadczenia piel gniarskie;
- c) rehabilitacj ogóln w podstawowym zakresie na zlecenie lekarza w dni powszednie, wg harmonogramu;
- d) wiadczenia psychologa w dni powszednie, w/g harmonogramu;
- e) wiczenia logopedyczne na zlecenie lekarza w dni powszednie,
- f) terapi zaj ciow w dni powszednie,
- g) leczenie farmakologiczne,
- h) leczenie dietetyczne,
- i) zaopatrzenie w rodki pomocnicze: cewniki, worki na mocz, pieluchomajtki w rozmiarach standardowych, materace przeciwodle ynowe oraz przedmioty ortopedyczne: kule, laski, balkoniki, podpórki, wózki inwalidzkie;
- j) badania diagnostyczne wykonywane wyycznie na zlecenie lekarza Zakładu codziennie; umowa z labolatorium
- k) konsultacje specjalistyczne neurologiczna, psychiatryczna zapewnia zakład, (je li nie zatrudnia danego specjalisty, a konsultacja jest niezb dna), wyycznie na zlecenie lekarza Zakładu, na zasadach ogólnie przyj tych dla wszystkich ubezpieczonych przez NFZ, po umówieniu terminu i miejsca realizacji przez piel gniark koordynuj c Zakładu;
- l) transport sanitarny na konsultacj do innego wiadczeniodawcy- umowa na transport
- m) edukacje zdrowotn polegaj c na przygotowaniu pacjenta do samoopieki w warunkach domowych.

18. Zakład zapewnia dla pacjentów wyycznie w sytuacji nagłej, bólowej oraz uszkodzenia protezy wizyty u stomatologa, na pozostaje wizyty tj. ci gjo leczenia, czy tez inne wizyty protetyczne powinny by zabezpieczone przez rodzin lub opiekunów faktycznych.

19. Informacje dotycz ce caego procesu leczniczego udzielane s wyycznie przez lekarza Zakładu osobie uprawnionej.

20. Informacje dotycz ce caego procesu piel gnacyjnego udzielane s wyycznie przez piel gniark Zakładu osobie uprawnionej.

21. Wszelkie uwagi i wnioski dotycz ce pobytu pacjenta w oddziale powinny by zgłaszane do piel gniarki koordynuj cej Zakładu.

22. Zakład nie wykonuje czyszczenia i prania okry wierzchnich (garnitury, garsonki, spodnie spódnice, pjaszcze, kurtki, ko uch, futra itp.). Pierzemy wyycznie bielizn osobist - koszule nocne i pi amy.

23. Zakład nie bierze odpowiedzialno ci za zagubione lub zniszczone przez pacjenta rzeczy osobiste, ubrania, aparaty sychowe, protezy z bowe, a tak e za rodki finansowe pozostaj ce poza depozytem Zakładu.

## PRZYJMUJ DO WIADOMO CI I STOSOWANIA

õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .õ õ õ õ õ õ õ ..õ .  
Podpis pacjenta

õ .  
Podpis opiekuna prawnego/faktycznego

B dzin, dnia õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .

Na podstawie Umowy zawartej z NFZ, dokumentów wewn trznych Zakładu oraz obowi zuj cych aktów prawnych.