

Umowa

o udzielenie odpłatnych świadczeń medycznych

zawarta w dniu roku pomiędzy:

Sosnowieckim Szpitalem Miejskim sp. z o. o. w restrukturyzacji, 41–200 Sosnowiec, ul. Emila Zegadłowicza 3, zarejestrowanym w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000476320, posiadającym NIP: 6443504464, Regon 240837054, będącego płatnikiem VAT, wysokość kapitału zakładowego: 131 252,00 zł reprezentowanym przez:

Anetę Kawkę – Prezes Zarządu

Krzysztofa Lehnorta – Członka Zarządu

zwanym w dalszej części umowy Szpitalem

a

....., zamieszkały w

.....

.....,

legitymującym się dowodem osobistym serii..... nr.....,

PESEL

zwanym dalej Pacjentem/Opiekunem Prawnym

§ 1 PRZEDMIOT UMOWY

1. Na mocy postanowień niniejszej umowy, Pacjent/Opiekun Prawny zleca, a Szpital przyjmuje do wykonania za wynagrodzeniem świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym II (zwanym dalej „Zakładem”), za które Pacjent/Opiekun Prawny zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Szpitala wynagrodzenia za udzielanie świadczeń, na które składa się opłata za pobyt w Zakładzie oraz opłat za świadczenia dodatkowe na warunkach określonych w niniejszej umowie.
2. Pacjent/Opiekun Prawny oświadcza, że został poinformowany, iż Szpital udziela świadczeń w rodzaju i zakresie jak w ust. 1 również nieodpłatnie, w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, w komórkach organizacyjnych objętych kontraktem z NFZ.
3. Pacjent/Opiekun Prawny:
 - oświadcza, że (Pacjent) nie jest uprawniony do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - oświadcza, że (Pacjent) jest uprawniony do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz, że został poinformowany o możliwości skorzystania z bezpłatnego świadczenia zdrowotnego w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Szpitalu, a także że został poinformowany o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w tym trybie. Wobec powyższego Pacjent/Opiekun Prawny oświadcza, że zleca Szpitalowi wykonanie świadczeń w trybie jak w ust. 1, w komórkach organizacyjnych, w których udzielenie świadczeń nie pociąga za sobą zobowiązań NFZ wobec Szpitala.

4. Pacjent /Opiekun Prawny oświadcza, że nie będzie występował wobec Narodowego Funduszu Zdrowia o zwrot poniesionych kosztów z tytułu realizacji niniejszej umowy.
5. Pacjent, jeśli samodzielnie zawiera umowę, oświadcza, że na moment zawierania niniejszej umowy nie jest osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie, bądź ograniczoną w zdolności do czynności prawnej oraz nie toczą się wobec niego postępowania o ubezwłasnowolnienia bądź ograniczenie zdolności do czynności prawnych.

§ 2 ZOBOWIĄZANIA STRON

1. Szpital zobowiązuje się, na wniosek Pacjenta/Opiekuna Prawnego, po uprzedniej pozytywnej kwalifikacji przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalistę wypełniającego wniosek o przyjęcie do Zakładu, do udzielania na rzecz Pacjenta świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych, w Zakładzie zlokalizowanym w Sosnowcu, przy ul. Szpitalnej 1.
2. Przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego II odbywa się na pisemny wniosek Pacjenta/Opiekuna Prawnego, zgodnie z wzorem określonym w zał. nr 6 do niniejszej umowy.
3. Pacjent/Opiekun Prawny oświadcza, że zapoznał się z Regulaminem Wewnętrznym Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego II udzielającego odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o. w restrukturyzacji (załącznik nr 7 do umowy) i go akceptuje, co potwierdza swoim podpisem pod niniejszą umową.
4. Szpital oświadcza, że posiada wykwalifikowany personel medyczny oraz pomieszczenia i sprzęt niezbędne dla wykonania świadczeń, będących przedmiotem niniejszej umowy. Przybycie do Zakładu odbywa się na koszt Pacjenta/Opiekuna Prawnego, w wyznaczonym terminie, z kompletem otrzymanych wcześniej, właściwie wypełnionych i podpisanych dokumentów i formularzy oraz wskazanej przez lekarza dokumentacji medycznej, jak również do przedstawienia w dniu przyjęcia potwierdzenia dokonania ustalonej płatności za pobyt.
5. W trakcie pobytu w Zakładzie Pacjent zobowiązany jest posiadać ze sobą przedmioty codziennego użytku zwyczajowo zabierane przez pacjentów, w szczególności: przybory higieniczne, balsamy i mydła pielęgnacyjne, specjalistyczne oraz pieluchomajtki, leki, opatrunki, jeżeli są wymagane w niezbędnej ilości do prawidłowego funkcjonowania w Zakładzie.
6. Po zakończeniu trwania niniejszej umowy Pacjent zobowiązuje się do opuszczenia/ Opiekun Prawny zobowiązuje się do zabrania Pacjenta Zakładu na własny koszt wraz z wszystkimi rzeczami będącymi jego własnością.
7. W sytuacji gdy Pacjent wymaga zażywania leków własnych, zobowiązany jest on/ Opiekun Prawny do zapewnienia posiadania/przekazania wystarczającej ilości leków, celem umożliwienia Szpitalowi jego należyte podawanie Pacjentowi. W sytuacji wymagającej pilnego podania leku własnego, Pacjent/Opiekun Prawny jest zobligowany do dostarczenia go do Szpitala niezwłocznie. Jeżeli Szpital nie ma możliwości podania brakującego leku z przyczyn dotyczących Pacjenta/Opiekuna Prawnego, Szpital podejmie działania mające na celu uzyskanie koniecznego leku i jego podanie Pacjentowi. Pacjent/ Opiekun Prawny zostanie wówczas obciążony opłatą za podanie w/w leku na koniec miesiąca.

8. Po przyjęciu do Zakładu Szpital ustali z Pacjentem/ Opiekunem Prawnym harmonogram świadczeń udzielanych Pacjentowi w ramach pobytu, o którym mowa w § 1 ust. 1.
9. Szpital oświadcza że:
 - 1) umożliwi Pacjentowi kontakt z rodziną i bliskimi, zgodnie z Regulaminem Wewnętrznym Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego II udzielającego odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o. w restrukturyzacji (załącznik nr 7 do umowy),
 - 2) prowadzi indywidualną dokumentację medyczną pacjenta,
 - 3) nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty, środki płatniczej i inne kosztowności nie przekazane do depozytu,
 - 4) zastrzega sobie prawo do zmiany miejsca zakwaterowania Pacjenta w obrębie Zakładu uwzględniając potrzeby wszystkich Pacjentów.

§ 3 WARUNKI PŁATNOŚCI

1. Pacjent/ Opiekun Prawny zobowiązuje się do dokonywania opłat za pobyt w Zakładzie w wysokości miesięcznie:..... zł
(słownie:.....)
zgodnie z Cennikiem stanowiącym załącznik nr 1 do umowy. Wykaz składników opłaty za pobyt zawiera załącznik nr 4 do umowy.
2. Pacjent / Opiekun Prawny wnosi opłatę za pobyt, o której mowa w ust. 1, za okresy miesięczne z góry, do 10 dnia każdego miesiąca, przy czym opłata za pierwszy okres pobytu powinna zostać wniesiona nie później niż 3 dni przed ustalonym terminem przyjęcia.
3. Opłaty wnosi się w formie przelewu na konto **59 1020 2498 0000 8402 0025 7089 w banku PKO BP SA O/Sosnowiec** - w tytule przelewu umieszczając wpis „opłata za pobyt komercyjny za m-c/okres - imię i nazwisko”.
4. W przypadku pobytu krótszego niż pełny miesiąc kalendarzowy opłata za pobyt naliczana jest w wysokości proporcjonalnej do okresu pobytu Pacjenta, zgodnie z Cennikiem stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
5. Poza opłatą określoną w ust. 1, Pacjent/ Opiekun Prawny zobowiązuje się pokryć koszty wynikające z niezbędnego postępowania medycznego lub innych usług zleczanych przez Pacjenta/ Opiekuna Prawnego podczas pobytu w Zakładzie, a także wynikające z pobytu w Zakładzie ponad zakładany okres pobytu określony w harmonogramie udzielania świadczeń (załącznik nr 4 do umowy), na podstawie faktury wystawionej wraz z miesięcznym zestawieniem faktycznie poniesionych kosztów, w terminie 14 dni od wystawienia faktury. Faktura będzie wystawiana do 5 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wykonano świadczenia.
6. W przypadku nieuiszczenia opłat, o których mowa w ust. 1 i 5, w ustalonym terminie, Szpital nalicza odsetki ustawowe za każdy dzień zwłoki.
7. Za dzień płatności uważa się dzień uznania rachunku bankowego Szpitala
8. W przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji i skierowania Pacjenta do leczenia poza Zakładem, za okres pobytu pacjenta poza Zakładem, Szpital pobiera opłatę obniżoną, w wysokości 70% obowiązującej stawki za osobodzień/obliczonej proporcjonalnie opłaty za pobyt, przez okres nie dłuższy niż 15 kolejnych dni kalendarzowych. Jeżeli leczenie Pacjenta poza Zakładem przekracza okres wskazany w zdaniu poprzednim, Szpital może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym chyba, że Pacjent/ Opiekun Prawny zadeklaruje ponoszenie pełnej opłaty za pobyt, za ten okres.

9. Za okres korzystania przez Pacjenta z przepustki z Zakładu Szpital pobiera opłatę z tytułu zajętego łóżka w wysokości 70 % obowiązującej według cennika stawki za osobodzień/opłaty za pobyt – jednak nie dłużej niż za 2 dni kalendarzowe w miesiącu chyba, że Pacjent/ Opiekun Prawny zadeklaruje ponoszenie pełnej opłaty za świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze za dłuższy okres trwania przepustki. Szpital nie ponosi kosztów związanych z transportem pacjenta na przepustkę i z przepustki.

§ 4

BRAK MOŻLIWOŚCI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku braku możliwości wywiązania się przez Szpital z obowiązków określonych w umowie, z przyczyn niezależnych od Szpitala lub z powodu siły wyższej, Pacjent/ Opiekun Prawny powinien zostać o tym powiadomiony bez zbędnej zwłoki. W takim przypadku Strony umowy uzgodnią nowy termin rozpoczęcia świadczenia usług.
2. W przypadku niewykonania przedmiotu umowy z winy Szpitala, Szpital zobowiązuje się do niezwłocznego zwrotu pobranej opłaty w sposób ustalony z Pacjentem/Opiekunem Prawnym.
3. W przypadku nie skorzystania przez Pacjenta z usługi będącej przedmiotem Umowy, wpłacona przez Pacjenta/Opiekuna prawnego opłata zostanie mu zwrócona po dokonaniu potrącenia z niej kwoty 10% kosztów zaplanowanego pobytu. Obejmuje to także sytuację:
 - 1) stawienia się na umówiony termin przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego II w stanie uniemożliwiającym udzielenie zaplanowanych świadczeń, jeżeli stan ten został wywołany zawinionym zachowaniem się pacjenta,
 - 2) stawienia się na umówiony termin przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego II w stanie zdrowia znacznie odbiegającym od wskazanego we wniosku o przyjęcie,
 - 3) rezygnacji przez Pacjenta/ Opiekuna prawnego ze świadczeń.
4. O rezygnacji ze świadczeń przed przyjęciem do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Pacjent/Opiekun Prawny powinien niezwłocznie powiadomić pisemnie Zakład Opiekuńczo-Leczniczny II. Umowa ulega wówczas automatycznemu rozwiązaniu z datą złożenia rezygnacji.
5. W przypadku rezygnacji w trakcie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym II przez Pacjenta/Opiekuna Prawnego, opłata za pobyt naliczona zostanie w wysokości proporcjonalnej do okresu pobytu Pacjenta.
6. W przypadku rezygnacji przez Pacjenta/ Opiekuna Prawnego w trakcie pobytu Pacjenta w Zakładzie, Pacjent/ Opiekun Prawny obowiązany jest wypowiedzieć niniejszą umowę na piśmie.

§ 5

ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Każdej ze Stron przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem 7-dniowego okresu wypowiedzenia.
2. Bez zachowania okresu wypowiedzenia umowę można rozwiązać za pisemną zgodą obu Stron.
3. Szpital może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym w przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji i skierowania Pacjenta do leczenia poza Zakładem trwającego przez okres dłuższy niż 15 kolejnych dni kalendarzowych oraz w przypadku rażącego naruszenia przez pacjenta Regulaminu Wewnętrzny Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego II udzielającego odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o. w restrukturyzacji.
4. Umowa ulega automatycznemu rozwiązaniu w przypadku:
 - 1) złożenia pisemnej rezygnacji przez Pacjenta/ Opiekuna Prawnego z pobytu,

- 2) niedokonania przez Pacjenta/ Opiekuna Prawnego opłaty za pobyt przed przyjęciem do Zakładu, o której mowa w § 3 ust. 2,
- 3) zgonu pacjenta,
- 4) wystąpienia u Pacjenta przeciwwskazań natury zdrowotnej do jego pobytu w Zakładzie, które dyskwalifikują pobyt pacjenta z Zakładzie.

§ 6 SPORY

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy Kodeks cywilny.
2. Spory, mogące wyniknąć przy wykonywaniu niniejszej umowy, strony zobowiązują się rozstrzygać polubownie. W razie braku możliwości polubownego załatwienia sporów, będą one rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Szpitala.
3. W przypadku podjęcia rokowań w celu wyjaśnienia kwestii spornych lub zawarcia ugody strona kierująca rozstrzygnięcie sporu na drogę sądową zobowiązuje się do pisemnego powiadomienia drugiej strony wraz z dokładnym określeniem warunków, od których spełnienia uzależnia odstąpienie od wniesienia pozwu.

§ 7 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zmiany postanowień niniejszej umowy mogą nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

SZPITAL

PACJENT/ OPIEKUN PRAWNY

Załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 - Cennik usług komercyjnych
- 2) Załącznik nr 2 - Wykaz składników opłaty za pobyt – świadczenia podstawowe
- 3) Załącznik nr 2a - Wykaz świadczeń dodatkowo płatnych
- 4) Załącznik nr 3- Harmonogram świadczeń obligatoryjnych
- 5) Załącznik nr 4 – Zlecenie kasowe
- 6) Załącznik nr 5 – Procedury medyczne wykonywane przez pielęgniarkę u pacjenta - druk
- 7) Załącznik nr 6 - Wniosek o przyjęcie do ZOL II - składowe
- 8) Załącznik nr 7 - Regulamin Wewnętrzny Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego II udzielającego odpłatnych świadczeń pielęgniacyjno-opiekuńczych Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o. w restrukturyzacji

*Załącznik nr 1
do Umowy na udzielenie odpłatnych świadczeń medycznych*

z dn. r.

Cennik usług komercyjnych

OBSZAR PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy II

Nazwa	Cena	Kod
Opłata za pobyt w ZOL II do 14 dni	2 800 zł	460
Opłata za pobyt w ZOL II pełny miesiąc	4 800 zł	461
Opłata za osobodzień w ZOL II	200 zł	462

Usługi dodatkowe

Nazwa	Cena	Kod
Konsultacja psychiatryczna	300 zł	487
Konsultacja kardiologiczna z badaniem EKG	280 zł	515

Usługi medyczne wykonywane przez pielęgniarkę

Nazwa	Cena	Kod
Iniekcja domięśniowa (usługa bez kosztu leku)	30 zł	448
Iniekcja podskórna (usługa bez kosztu leku)	20 zł	450
Iniekcja dożylna (usługa bez kosztu leku)	50 zł	449

Sosnowiec, dnia 01.07.2025 r.

30

SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI SP. Z O.O. W RESTRUKTURYZACJI
- CENNIK -

i venflonu)		
Wlew kroplowy (usługa bez kosztu leku i venflonu)	70 zł	400
Założenie kaniuli(usługa bez kosztu venflonu)	25 zł	401
Pomiar ciśnienia krwi	15 zł	469
Zmiana/założenie opatrunku na ranę, owrzodzenie, odleżynę (bez kosztu środków opatrunkowych)	40 zł	464
Wlew doodbytniczy (bez kosztu leku)	40 zł	465
Farmakoterapia przy użyciu nebulizatora (bez ceny leku)	30 zł	466
Założenie, wymiana i usunięcie cewnika	180 zł	467
Badanie poziomu cukru glukometrem	20 zł	451
Założenie/wymiana sondy do żołądka	30 zł	468
Pobranie krwi	8 zł	41
EKG spoczynkowe bez opisu	35 zł	203
Leki materiały opatrunkowe	wg cennika leku materiału opatrunkowego apteki szpitalnej	

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
- Pakiety badań-

Nazwa	Cena	Kod
PAKIET ZOL: Morfologia podstawowa CBC,CRP,Badanie ogólne moczu z osadem, glukoza w surowicy, elektrolity, CREA kreatynina GFR, ALAT, AST	111 zł	875
PAKIET OGÓLNY: Morfologia podstawowa CBC, OB, Badanie ogólne moczu z osadem, Glukoza w surowicy, Elektrolity, Trójglicerydy, Cholesterol całkowity, LDL cholesterol, HDL cholesterol)	82 zł	856
PAKIET WĄTROBOWY: ALAT, AST, ALP, Bilirubina całkowita, GGTP, HbsAg, Anty-HCV	82 zł	857

Sosnowiec, dnia 01.07.2025 r.

[Signature]

31

SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI SP. Z O.O. W RESTRUKTURYZACJI
- CENNIK -

PAKIET NERKOWY: Badanie ogólne moczu, Elektrolity, Mocznik w surowicy, Kreatynina w surowicy, Kwas moczowy w surowicy, Białko całkowite w surowicy	58 zł	858
PAKIET KOSTNY: Wapń w surowicy, Fosfor w surowicy, ALP,PTH, Kalcytonina	67 zł	859
PAKIET TRZUSTKOWY: Amylaza w surowicy, Amylaza w moczu, Glukoza w surowicy, Lipaza	45 zł	860
PAKIET REUMATYCZNY: Morfologia podstawowa CBC, CRP,OB, ASO, RF, Kwas moczowy w surowicy, p/c ANA, p/c anty – CCP	135 zł	861
PAKIET TARCZYCOWY: TSH, FT4, FT3, p/c anty – TPO	70 zł	862
PAKIET LIPIDOWY: Cholesterol, Trójglicerydy, HDL cholesterol, LDL cholesterol	25 zł	863
PAKIET SERCOWY: Elektrolity, CK, CK – MB, Troponina, AST, Trójglicerydy, Cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol, D – dimery	160 zł	864
PAKIET DLA KOBIET PO 40 ROKU ŻYCIA: Pakiet ogólny, Wapń w surowicy, Fosfor w surowicy, Magnez w surowicy, Kwas moczowy w surowicy, TSH, Estradiol, Progesteron	160 zł	865
PAKIET DLA MĘŻCZYŹN PO 40 ROKU ŻYCIA: Pakiet ogólny, TSH, PSA	135 zł	866

Zakład Diagnostyki Obrazowej

Nazwa	Cena	Kod
TK badanie głowy bez i z podaniem środka kontrastowego	380 zł	2100
TK jednej okolicy anatomicznej bez i z podaniem środka kontrastowego np. (jamy brzusznej lub miednicy małej lub klatki piersiowej lub kręgosłupa itp.)	450 zł	2104
TK dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i z podaniem środka kontrastowego np. (jamy brzusznej lub miednicy małej lub klatki piersiowej lub kręgosłupa itp.)	720 zł	2105
TK badanie głowy bez środka kontrastowego	280 zł	2106

SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI SP. Z O.O. W RESTRUKTURYZACJI
- CENNIK -

TK jednej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego np.(jamy brzusznej lub miednicy małej lub klatki piersiowej itp.)	350 zł	2120
TK dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez środka kontrastowego np.(jamy brzusznej lub miednicy małej lub klatki piersiowej itp.)	570 zł	2129
TK klatki piersiowej HRCT	350 zł	2119
TK angio jedna okolica anatomiczna	600 zł	2126
TK angio tętnic płucnych	600 zł	2124
TK angio naczyń kończyn dolnych	750 zł	2127
TK serca – calcium score	700 zł	2130
Cystografia	400 zł	255
Histerosalpingografia (HSG)	280 zł	256
Mammografia	170 zł	257
Mammografia (1 piers)	85 zł	258
Pasaż jelitowy	250 zł	259
Urografia	300 zł	271
Wlew jelita grubego	250 zł	272
Badanie Rtg górnego odcinka przewodu pokarmowego	200 zł	275
Zdjęcie Rtg jamy brzusznej	60 zł	261
Zdjęcie Rtg klatki piersiowej P-A	70 zł	262
Zdjęcie Rtg klatki piersiowej - bok	70 zł	263
Zdjęcie Rtg klatki piersiowej P-A + bok	75 zł	264
Zdjęcie Rtg kości oczodołu	70 zł	266
Skolioza kręgosłupa (TH i LS w projekcji A-P)	70 zł	267
Skopia płuc	70 zł	268
Skopia płuc + zdjęcie Rtg	85 zł	269
Zdjęcie celowane na siodełko tureckie	70 zł	273
Zdjęcie Rtg czaszki	70 zł	274
Zdjęcie Rtg stawów krzyżowo-biodrowych A-P	70 zł	276
Zdjęcie Rtg kości nadgarstka A-P +bok	75 zł	277

SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI SP. Z O.O. W RESTRUKTURYZACJI
- CENNIK -

Zdjęcie Rtg kości nosowej	70 zł	278
Zdjęcie Rtg kości ogonowej A-P+bok	75 zł	279
Zdjęcie Rtg kości piętowej	70 zł	280
Zdjęcie Rtg kości piętowej - osiowo	70 zł	320
Zdjęcie Rtg kości przedramienia A-P+ bok	75 zł	281
Zdjęcie Rtg kości ramiennej A-P+bok	75 zł	282
Badanie uzupełniające	50 zł	315
RTG staw kolanowy AP+bok	75 zł	316
RTG porównawcze rzepek osiowo	75 zł	317
RTG kręgosłup szyjny zdjęcie czynnościowe	85 zł	318
RTG kość krzyżowa z kością ogonową AP+bok	75 zł	319
Zdjęcie Rtg kości udowej A-P+bok	75 zł	283
Zdjęcie Rtg łokcia A-P+bok	75 zł	284
Zdjęcie Rtg łopatki	70 zł	285
Zdjęcie Rtg miednicy	70 zł	286
Zdjęcie Rtg mostka	70 zł	287
Zdjęcie Rtg obojczyka	70 zł	288
Zdjęcie Rtg palca A-P+ bok	75 zł	289
Zdjęcie Rtg podudzia A-P+ bok	75 zł	291
Zdjęcie RTG dłoni A-P+bok	75 zł	292
Zdjęcie Rtg porównawcze rąk	75 zł	293
Zdjęcie Rtg stawu barkowego	70 zł	294
Zdjęcie Rtg stawu barkowego AP + Y	75 zł	321
Zdjęcie Rtg stawu biodrowego	70 zł	295
Zdjęcie Rtg stawu biodrowego - osiowo	70 zł	322
Zdjęcie Rtg stawów biodrowo – osiowych	75 zł	296
Zdjęcie Rtg kolan porównawcze	85 zł	297
Zdjęcie Rtg stawu skokowego A-P+bok	75 zł	298
Zdjęcie Rtg stawu skokowego – zdjęcie celowane	70 zł	323



**SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI SP. Z O.O. W RESTRUKTURYZACJI
- CENNIK -**

Zdjęcie Rtg stopy A-P+bok	75 zł	299
Zdjęcie Rtg stopy – porównawcze	85 zł	300
Rtg kręgosłupa krzyżowo- guzicznego A-P+bok	75 zł	301
Zdjęcie Rtg lędźwiowego odcinka kręgosłupa A-P+bok	80 zł	302
Zdjęcie Rtg piersiowego odcinka kręgosłupa A-P+bok	80 zł	303
Zdjęcie Rtg szyjnego odcinka kręgosłupa A-P+bok	80 zł	304
Zdjęcie Rtg szyjnego odcinka kręgosłupa (w projekcji skośnej)	80 zł	305
Zdjęcie Rtg zatok obocznych nosa	70 zł	306
Zdjęcie Rtg żeber	75 zł	307
Zdjęcie Rtg żuchwy	75 zł	308
Zdjęcie Rtg kości skaliste – wyrostek sutkowy	70 zł	310
Zdjęcie Rtg stawy skroniowo-żuchwowe	70 zł	311
Zdjęcie Rtg twarzoczaszki	70 zł	312
USG dopochwowe/ginekologiczne	150 zł	346
USG położnicze	250 zł	349
USG piersi	150 zł	350
USG jamy brzusznej	150 zł	348
USG tkanek miękkich	120 zł	354
USG tarczycy	120 zł	351
USG szyi	150 zł	355
USG ortopedyczne	150 zł	360
USG układu moczowego	150 zł	352

Dział Fizjoterapii

Nazwa	Cena	Kod
Wizyta fizjoterapeutyczna dla Podopiecznych ZOL	70 zł	2199
Krioterapia miejscowa (para azotu) – jedna okolica	18 zł	2201
Kąpiel wirowa kończyn górnych	22 zł	2210

Sosnowiec, dnia 01.07.2025 r.

SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI SP. Z O.O. W RESTRUKTURYZACJI
- CENNIK -

Kąpiel wirowa kończyn dolnych	27 zł	2211
Kąpiel wirowa kręgosłupa lędźwiowego	27 zł	2212
Masaż podwodny miejscowy (1 okolica)	40 zł	2213
Masaż suchy częściowy (1 okolica)	37 zł	2220
Masaż suchy całkowity	120 zł	2221
Masaż suchy całego kręgosłupa	60 zł	2222
Masaż limfatyczny ręczny (1 okolica)	80 zł	2223
Masaż limfatyczny ręczny kończyny górnej	80 zł	2224
Masaż limfatyczny ręczny kończyny dolnej	80 zł	2225
Ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie (staw kolanowy)	40 zł	2230
Ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie (staw barkowy)	40 zł	2231
Ćwiczenia bierne redresyjne (1 okolica)	50 zł	2232
Ćwiczenia czynno - bierne (1 okolica)	50 zł	2233
Ćwiczenia ogólnousprawniające	40 zł	2234
Mobilizacja małych stawów (1 okolica)	50 zł	2235
Mobilizacja dużych stawów (1 okolica)	60 zł	2236
Mobilizacja odcinka piersiowego kręgosłupa	50 zł	2237
Mobilizacja odcinka szyjnego kręgosłupa	50 zł	2238
Mobilizacja odcinka lędźwiowego kręgosłupa	50 zł	2239
Manipulacja	70 zł	2240
Ćwiczenia czynne w odciążeniu (1 okolica)	20 zł	2241
Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem (1 okolica)	20 zł	2242
Ćwiczenia czynne wolne (1 okolica)	20 zł	2243
Ćwiczenia czynne wolne z oporem (1 okolica)	20 zł	2244
Wyciąg osiowy kręgosłupa odcinka lędźwiowego	30 zł	2245
Wyciąg osiowy kręgosłupa odcinka szyjnego	20 zł	2246
Ćwiczenia izometryczne (1 okolica)	20 zł	2247
Nauka czynności lokomocji (chodu)	20 zł	2248
Inne formy usprawniania – ćwiczenia sprawności manualnej	20 zł	2249

Sosnowiec, dnia 01.07.2025 r.

SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI SP. Z O.O. W RESTRUKTURYZACJI
- CENNIK -

Inne formy usprawniania – ćwiczenia na przyrządach	20 zł	2250
Inne formy usprawniania – ćwiczenia samowspomagane (na przyrządach) 1 przyrząd	20 zł	2251
Inne formy usprawniania – ćwiczenia ogólnousprawniające (rozluźniające, relaksacyjne)	30 zł	2252
Ćwiczenia wspomagane, prowadzone (1 okolica)	30 zł	2253
Ćwiczenia równoważne	20 zł	2254
Indywidualna praca z pacjentem i ćwiczenia bierne wykonywane manualnie	60 zł	2255
Galwanizacja (1 okolica)	12 zł	2260
Jonoforeza	12 zł	2261
Elektrostymulacja (1 okolica)	12 zł	2262
Tonoliza (1 okolica)	12 zł	2263
Prądy diadynamiczne (1 okolica)	12 zł	2264
Prądy interferencyjne (1 okolica)	12 zł	2265
Prądy TENS (1 okolica)	12 zł	2266
Prądy Kotza (1 okolica)	12 zł	2267
Prądy Traberta (1 okolica)	12 zł	2268
Ultradźwięki miejscowe (1 okolica)	12 zł	2269
Ultrafonoforeza (1 okolica)	12 zł	2270
Impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości (1 okolica)	12 zł	2271
Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości (1 okolica)	12 zł	2272
Lampa Solux - naświetlanie promieniami IR (1 okolica)	12 zł	2273
Laseroterapia punktowa (1 okolica)	12 zł	2274
Diatermia krótkofalowa (1 okolica)	12 zł	2275

Załącznik nr 2

do Umowy na udzielenie odpłatnych świadczeń medycznych

z dn. r.

Zakres świadczeń wchodzących w skład opłaty za pobyt i świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze:

1. zakwaterowanie / osobodzeń
2. zapewnienie wyżywienia zgodnie z harmonogramem czasowym (tj. 3 x dziennie) - diety adekwatnej do stanu odżywienia i stanu zdrowia,
3. opieka personelu pielęgniarstwa/opiekuńczego.

Zakres świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych:

1. świadczenie podstawowe: kontynuacja leczenia przewlekłego w oparciu o dostarczoną dokumentację medyczną od lekarza POZ i leki własne pacjenta,
2. całodobowa opieka pielęgniarstwa w oparciu o opracowany plan pielęgnacji:
 - zabiegi higieniczne (kąpiel w wannie x 1 w tygodniu, toaleta całkowita x 1 dziennie, toaleta częściowa wg potrzeby) – jeżeli wymaga pomocy przy wykonywaniu tych czynności,
 - pomoc przy wykonywaniu czynności dnia codziennego,
 - podaż leków doustnych wg zlecenia dostarczonego do oddziału lub zlecenia wydanego przez lekarza,
 - profilaktyka p/odleżynowa, pielęgnacja środkami pielęgnacyjnymi dostarczonymi dla pacjenta,
 - przekazywanie informacji o lekach i środkach medycznych/opatrunkowych, niezbędnych do pielęgnacji i kontynuacji leczenia pacjenta.

Pozostałe świadczenia pielęgniarstwa nie ujęte wyżej dostępne są **wg obowiązującego cennika** (Załącznik nr 1) - i w razie konieczności wykonania procedury medycznej doliczone zostają do opłaty za pobyt pacjenta

Podpis: Pacjent/opiekun prawny

Podpis: Szpital

Załącznik nr 2a
do Umowy na udzielenie odpłatnych świadczeń medycznych

z dn. r.

1. Zakres świadczeń uzgodnionych z Pacjentem, innych niż wchodzących w skład opłaty podstawowej za pobyt w ośrodku pielęgnacyjno-opiekuńczym dla Pacjenta w trakcie pobytu i po podpisaniu niniejszej Umowy tj. kosztów wynikających z niezbędnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, procedur i środków/leków niezbędnych dla ratowania życia i zdrowia **jest dodatkowo płatny zgodnie z cennikiem (Załącznik nr 1) -**

2. Podstawowa opłata za pobyt, o której mowa w zał. 1 umowy **nie obejmuje:**
 - kosztu leków, materiałów opatrunkowych,
 - prania odzieży pacjenta,
 - kosztu zakupu pieluchomajtek, podkładów higienicznych i chłonnych,
 - kosztu zakupu środków higienicznych i pielęgnacyjnych,
 - kosztu środków do leczenia odleżyn,
 - pozostałych usług pielęgniarских nie ujętych w zał. nr 1,
 - kosztu zaopatrzenia ortopedycznego,
 - kosztu rehabilitacji/fizjoterapii
 - kosztu konsultacji lekarskich
 - kosztu transportu sanitarnego, za wyjątkiem stanów nagłych
 - kosztu badań diagnostycznych (laboratoryjne, USG, RTG, TK itp.)
 - kosztu badań laboratoryjnych
 - kosztu innych dodatkowych usług/terapii ujętych w cenniku (Załącznik nr 1)

Podpis: Pacjent/opiekun prawny

Podpis: Szpital

Załącznik nr 3
do Umowy na udzielenie odpłatnych świadczeń medycznych

z dn. r.

Przewidywany harmonogram udzielania świadczeń

1. Wizyta kwalifikująca do przyjęcia: r.
2. Ustalony termin przyjęcia: r.
3. Godzina zgłoszenia się do placówki:
4. Miejsce zgłoszenia się: Zakład Opiekuńczo-Lecznicy II, ul. Szpitalna 1, Sosnowiec
5. Wypis z placówki, przewidywany termin:

Uwaga! Podane terminy i harmonogram mogą ulec zmianie.

Podpis: Pacjent/opiekun prawny

Podpis: Szpital

*Załącznik nr 4
do Umowy na udzielenie odpłatnych świadczeń medycznych*

z dn. r.

ZLECENIE KASOWE za miesiąc

/ podstawa wystawienia faktury/

Dla:

imię i nazwisko Pacjenta

Odpłatne świadczenie zdrowotne zgodne z umową nr

dla

imię i nazwisko Pacjenta /Opiekuna prawnego

.....

Rodzaj świadczenia:

1. Świadczenie podstawowe kwota w zł

2. Świadczenia dodatkowe i ich krotność:

- razy

- razy

-

-

-

-

Kwota pełnej odpłatności: zł

Słownie złotych

Podpis: Pacjent/opiekun prawny

Podpis: Szpital

Załącznik nr 5

do Umowy na udzielenie odpłatnych świadczeń medycznych

z dn. r.

PROCEDURY MEDYCZNE WYKONANE PRZEZ PIELEŃNIARKĘ U PACJENTA – KOMERCJA P-OP

IMIĘ I NAZWISKO

PACJENTA.....PESEL.....

Data/...../.....		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Nazwa procedury	Kod ICD 9																															
Monitorowanie ciśnienia tętniczego	89.61																															
Wymiana cewnika wprowadzonego do pęcherza moczowego na stałe																																
Założenie/zmiana opatrunku	93.57																															
Pobieranie krwi	38.99																															
Wlew doodbytniczy	96.39																															
Podanie substancji odżywczych przez sondę	96.35																															
Infuzja płynów dożylnych	99.18																															
Wstrzyknięcie dożylnie	99.97904																															
Wstrzyknięcie podskórne	99.97906																															
Wstrzyknięcie domięśniowe	99.97902																															
Farmakoterapia przy użyciu nebulizatora	99.97910																															
Pomiar poziomu cukru glukometrem	99.99909																															
EKG	89.522																															

Załącznik nr 6 do Umowy na udzielenie odpłatnych świadczeń medycznych

z dn. r.

..... (imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie , świadczeniobiorca lub opiekun prawny)
..... (adres zameldowania wraz z kodem pocztowym) (numer ewidencyjny PESEL)
..... (adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym - wypełnić, jeżeli inny niż podany powyżej)
..... (numer telefonu kontaktowego)/ E-MAIL

.....dnia r.
(miejsowość) (data)

**Zakład Opiekuńczo-Lecniczy II
ul. Szpitalna 1
41-219, Sosnowiec
Tel. (32) 41 30 205**

Wniosek o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Lecniczego II przy ulicy Szpitalnej 1 w Sosnowcu (pobyt komercyjny).

Prośbę swoją motywuję

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

Załączniki do wniosku :

- a) Wniosek o wydanie skierowania do **ośrodka pielęgniacyjno-opiekuńczego (załącznik nr 1)**
- b) Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie **(załącznik nr 2)**
- c) Skierowanie do **ośrodka pielęgniacyjno-opiekuńczego (załącznik nr 3)**
- d) Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do **ośrodka pielęgniacyjno-opiekuńczego wg skali Barthel (załącznik nr 4)**

Wraz z wypełnionym kompletnym podpisanym /przez lekarza i pielęgniarkę POZ bądź oddziału szpitalnego / wnioskiem proszę dostarczyć również:

- 1. Spis leków aktualnie przyjmowanych przez Pacjenta potwierdzony przez lekarza.
- 2. Ksero wszystkich dotychczasowych wypisów z przebytego leczenia szpitalnego/POZ.
- 3. Ksero wydanego ubezwłasnowolnienia pacjenta - jeśli takie istnieje.

.....
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie lub jej przedstawiciela ustawowego)

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
Adres zamieszkania Pacjenta.

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL Pacjenta, 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 Pacjent.....

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Pacjenta (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej Pacjenta (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

– Zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego/ZOL II

.....
Miejscowość, 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

DODATKOWY WYWIAD LEKARSKI:

1. Przyczyna dysfagii:

NIE DOTYCZY

- a) Udar mózgu, przyczyna
- b) guzy głowy czy szyi
- c) neuropatie obwodowe
- d) dystrofia mięśniowa
- e) stany zapalne jamy ustnej czy gardła
- f) zaburzenia czynnościowe
- g) uchyłki przełyku, zapalenie przełyku
- h) twardzina układowa
- i) inne przyczyny.....

2. Założone wkłucia obwodowe: tak / nie

- data założenia klucza.....

3. Założony cewnik Foley'a: tak / nie

- data założenia cewnika.....

4. Stomia: tak / nie

-rodzaj stomii

-data założenia stomii.....

5. Rurka tracheotomijna: tak / nie

- data założenia rurki.....

6. Sposób odżywiania:

- a) naturalny
- b) inny :
 - sonda żołądkowa
 - cewnik do żywienia przemysłowego
 - gastrostomia
 - dożylna

7. Rodzaj podawanego pożywienia:

- a) mix kuchenny
- b) żywienie przemysłowe jakie?.....
- c) nie dotyczy

8. Kwalifikacja do żywienia dietą przemysłową: tak / nie

- data kwalifikacji do żywienia przemysłowego.....

9. Odleżyny: tak / nie

- miejsce wystąpienia odleżyny

10. Owrzodzenia skóry: tak / nie

- miejsca wystąpienia owrzodzeń.....

10. Inne zmiany skórne.....

.....
Data i podpis lekarza

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane pacjenta

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

.....
Miejscowość, data

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

* Niepotrzebne skreślić.

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel 2)

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

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	Utrzymywanie 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 cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji⁵⁾	
Wynik oceny stanu zdrowia: Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga ¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym ¹⁾		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>.....</p>		<p>.....</p>
<p>data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego, oraz jego podpis⁶⁾</p>		<p>data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego oraz jej podpis⁶⁾</p>

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 z lp. 1 – 10.

6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.