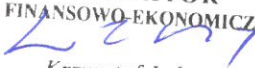


Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 14 z dnia 30.01.2024r.

**REGULAMIN WEWNĘTRZNY
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO II
UDZIELAJĄCEGO ODPLATNYCH ŚWIADCZEŃ
PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYCH
SOSNOWIECKIEGO SZPITALA MIEJSKIEGO SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI**

**CZŁONEK ZARZĄDU
DYREKTOR
DS. FINANSOWO-EKONOMICZNYCH**

Krzysztof Lehnort

**DYREKTOR
BIURA ZARZĄDU**

Magdalena Kot

Stanisław Steckiewicz

PRZEDKŁADAWCY



Ilekróć w niniejszych Zasadach/Regulaminie mowa jest o:

- a. **ZOL II, Zakładzie**, rozumie się przez to: Zakład Opiekuńczo-Lecznicy II Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o.o. w restrukturyzacji
- b. **Szpitalu**, rozumie się przez to: Sosnowiecki Szpital Miejski Sp. z o.o. w restrukturyzacji
- c. **pacjencie**, rozumie się przez to osobę umieszczoną w ZOL II i w nim przebywającą.
- d. **opiekun prawny** - osoba powołana do ochrony interesów osobistych i majątkowych innej osoby gdy ta takiej opieki potrzebuje (np. osoba całkowicie ubezwłasnowolniona) opiekun prawny jest przedstawicielem ustawowym swojego podopiecznego i może dokonywać czynności prawnych w jego imieniu.
- e. **opiekun faktyczny** – członek rodziny, osoba bliska lub inna osoba sprawująca opiekę nad pacjentem
- e. **osoba upoważniona** - osoba wskazana przez pacjenta do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, dostępu do dokumentacji medycznej, załatwiania spraw związanych ze zgonem pacjenta oraz pobierania środków finansowych.

ROZDZIAŁ I.

CEL I ZADANIA ZOL II

Celem nadrzędnym Zakładu Opiekuńczo- Lecznicy II w Sosnowieckim Szpitalu Miejskim Sp. z o.o. w restrukturyzacji jest świadczenie odpłatnych usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych na najwyższym poziomie.

Szczegółowe cele jakościowe:

1. Świadczenie usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych na najwyższym poziomie, wszystkim pensjonariuszom, zgodnie z obowiązującą wiedzą, przepisami prawa i zasadami etyki.
2. Respektowanie praw pacjenta i jego godności osobistej.
3. Stworzenie placówki przyjaznej i bezpiecznej dla pacjentów.
4. Monitorowanie satysfakcji pacjentów i ich rodzin/opiekunów.
5. Dbłość o zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa epidemiologicznego.
6. Doskonalenie organizacji pracy.

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY

L 2 0 1 7

7. Udzielanie całodobowych odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu przywracaniu i poprawie zdrowia, zgodnie z obowiązującym cennikiem usług.
8. Zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia.
9. Zapewnienie odpowiednich warunków zakwaterowania w zakresie lokalowym i sprzętowym.
10. Prowadzenie edukacji zdrowotnej mającej na celu przygotowanie pacjentów i członków ich rodzin do samoopieki i funkcjonowania w warunkach domowych.
11. Ścisła współpraca z rodzinami lub/i prawnymi opiekunami pacjentów.

Świadczenia zdrowotne udzielane w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym II są całodobowe, a zakres udzielanych świadczeń obejmuje:

1. Świadczenia podstawowe – pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz świadczenia dodatkowe określone obowiązującym cennikiem usług, których plan ustalany jest indywidualnie z każdym pacjentem.
2. Kontynuacja podaży leków zleconych przez lekarza POZ/AOS.
3. Wykonywanie zleconych badań i konsultacji, zgodnie z cennikiem usług.
4. Zapewnienie wyżywienia zgodnie z harmonogramem czasowym, tj. 3 razy dziennie – diety adekwatnej do stanu odżywienia i stanu zdrowia.
5. Organizowanie transportów sanitarnych i medycznych w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia.

ROZDZIAŁ II. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- I. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy II w Sosnowieckim Szpitalu Miejskim Sp. z o.o. w restrukturyzacji zlokalizowany przy ul. Szpitalnej 1 w Sosnowcu jest zakładem o profilu pielęgnacyjno-opiekuńczym. W Zakładzie opieką obejmowane są osoby, które: ukończyły 18 rok życia, zakończyły leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, ale które ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoobsłudze i pielęgnacji, powinny przebywać w placówce opiekuńczej.
- II. Do Zakładu nie są przyjmowane osoby: przed ukończeniem 18 roku życia, wymagające mechanicznej wentylacji; których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa (w takim przypadku wskazana jest

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY

L 2 4 7 1

opieka paliatywna lub hospicyjna), choroba psychiczna lub uzależnienie (należy korzystać z leczenia w oddziale opieki psychiatrycznej lub odwykowym).

- III. Świadczenia Zakładu obejmują usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz świadczenia dodatkowe określone obowiązującym cennikiem usług, których plan ustalany jest indywidualnie z każdym pacjentem.
- IV. Pobyt w ZOL II jest finansowany przez pacjenta/opiekuna prawnego, zgodnie z obowiązującym cennikiem usług oraz zawartą umową o udzielanie odpłatnych świadczeń medycznych. Wyznaczony Pracownik ZOL II zobowiązany jest do uzyskania potwierdzenia wpływu opłaty.
- V. Przepisy stanowiące o obowiązkach pacjenta dotyczące ustalania i ponoszenia odpłatności za pobyt w ZOL II stosuje się odpowiednio do obowiązków opiekuna prawnego w przypadku działania za pacjenta.

Ponadto:

1. Regulamin Wewnętrzny Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego II jest uszczegółowieniem Regulaminu Organizacyjnego Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o.o. w restrukturyzacji.
2. Zasady przyjęcia i pobytu są akceptowane przez pacjenta/opiekuna prawnego.
3. Regulamin określa porządek, organizację, zasady funkcjonowania oraz warunki udzielania świadczeń w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym II.
4. Zasady przyjęcia i pobytu pacjentów do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego II zostały opracowane w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.

ROZDZIAŁ III. ZASADY PRZYJĘCIA DO ZOL II

1. W celu umieszczenia pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym II w Sosnowcu należy złożyć komplet dokumentów osobiście w placówce lub przesłać pocztą na adres ZOL II.
2. Kompletny zestaw dokumentów do przyjęcia stanowią:
 - a) wniosek o przyjęcie do ZOL II (**załącznik nr 1**),

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY

Ło 4-71

- b) dowód wniesienia opłaty – do przedłożenia w dniu przyjęcia do ZOL II,
 - c) podpisany egzemplarz umowy o udzielenie odpłatnych świadczeń medycznych,
 - d) informacja lekarza prowadzącego o przyjmowanych aktualnie lekach wraz z ich dawkowaniem.
 - e) wyniki badań laboratoryjnych wykonanych w okresie tygodnia do przyjęcia (morfologia, CRP, badanie ogólne moczu, Aspat, Alat, bilirubina, jonogram, glukoza i kreatynina we krwi, Hbs, HCV) oraz wymaz z odleżyn jeśli są.
3. Wyżej wskazany komplet dokumentów wraz z załącznikami, czytelnie podpisany przez pacjenta /nie honorowany jest odcisk palca/ lub jego opiekuna prawnego należy złożyć u Pielęgniarki Oddziałowej lub Kierownika Zakładu, lub innego wyznaczonego pracownika ZOL II.
4. Zakład odmówi przyjęcia wniosku pacjenta, który zawiera braki formalne.
5. Przyjęcia do Zakładu są uzależnione od posiadanych wolnych łóżek, pacjenci przyjmowani są na pobyt czasowy.
6. Termin przyjęcia ustalany jest osobiście, telefonicznie albo e-mailowo z pacjentem lub jego opiekunem prawnym.
7. Informacje dotyczące terminu przyjęcia oraz inne istotne informacje dotyczące przyjęcia do ZOL II przekazywane są osobie zainteresowanej e-mailowo lub w formie pisemnej bądź telefonicznie przez osobę do tego wyznaczoną.
8. W przypadku rezygnacji z ubiegania się o przyjęcie do ZOL II pacjent lub osoba przez niego upoważniona jest zobowiązana do poinformowania bezzwłocznego ZOL II o tym fakcie bez względu na powód rezygnacji – na piśmie.
9. Do Zakładu nie przyjmuje się pacjentów, u których stany chorobowe wymagają całodobowej opieki lekarskiej lub hospitalizacji, pacjentów z chorobą nowotworową, zaburzeniami i chorobami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub środków psychoaktywnych.
10. W dniu wyznaczonym na dzień przyjęcia pielęgniarka Zakładu ocenia stan pacjenta. Jeżeli jego stan zdrowia odbiega znacznie od przedstawionego we wniosku, nie zostanie przyjęty do Zakładu.
11. Obecność opiekuna prawnego/faktycznego (jeżeli dotyczy) przy przyjęciu pacjenta jest obowiązkowa.
12. W dniu przyjęcia pacjent powinien posiadać ze sobą dowód osobisty.
13. Rodzina zobowiązana jest do odebrania od pacjenta rzeczy wartościowych.
14. Koszty transportu pacjenta w dniu przyjęcia do ZOL II pokrywa pacjent /opiekun prawny.

ROZDZIAŁ IV. POBYT W ZOL II, PŁATNOŚCI.

1. POBYT PACJENTA W ZOL II/ PRAWA PACJENTA

1. Każdy pensjonariusz ma ustalony indywidualny plan opieki. Plan ten podlega bieżącej aktualizacji w oparciu o potrzeby pacjenta.
2. Harmonogram dnia obowiązujący w ZOL II znajduje się na tablicy informacyjnej z zastrzeżeniem, iż może ulec zmianie ze względu na sytuację bieżącą oddziału.
3. Każdemu pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej zapewnia się dostęp do informacji o prawach pacjenta, Regulaminu i informacji o topografii oddziału.
4. Zakład nie bierze odpowiedzialności za zagubione lub zniszczone przez pacjenta rzeczy osobiste, ubrania, protezy zębowe, aparaty słuchowe, a także środki finansowe pozostające poza depozytem Zakładu.
5. Na terenie Zakładu obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu, używania papierosów elektronicznych oraz spożywania alkoholu pod groźbą natychmiastowego wypisu.
6. Zabrania się pacjentom przyjmowania leków własnych bez zlecenia lekarskiego.
7. Leki podawane są w dawkach i godzinach określonych w zleceniach lekarskich i przyjmowane przez pacjentów w obecności pielęgniarki.
8. Badania zlecone pacjentom są wykonywane przez laboratorium funkcjonujące w Szpitalu.
9. Zależnie od sytuacji w Zakładzie pacjent, decyzją personelu, może być przeniesiony do innej sali lub na inne łóżko.
10. Informacje dotyczące prowadzonego procesu pielęgnacyjno - opiekuńczego udzielane są przez pielęgniarkę oddziałową osobie uprawnionej lub opiekunowi prawnemu. Pacjent może upoważnić wybraną osobę do otrzymywania takich informacji.
11. Pacjent ma prawo do korzystania z przepustek w wymiarze do 10% czasu pobytu w Zakładzie. Przepustka udzielana jest na podstawie wcześniejszej pisemnej prośby pacjenta lub jego opiekuna.
12. Pacjent wymagający konsultacji lekarskich specjalistycznych powinien być przewieziony na daną konsultację przez wyznaczonego członka rodziny.
13. Pacjent ma prawo do korzystania z własnego sprzętu komputerowego, telefonu komórkowego w uzgodnieniu i pod nadzorem personelu medycznego.
14. Pacjent oraz każda osoba zainteresowana może składać wnioski, skargi, uwagi czy podziękowania dotyczące funkcjonowania ZOL II oraz udzielanych tam świadczeń; informacja o sposobie składania skarg i wniosków jest umieszczona w miejscu dostępnym dla pacjentów.
15. Zakład wyznacza pracowników upoważnionych przez pacjenta do robienia zakupów w z góry ustalone dni, na prośbę pacjenta (drobne zakupy spożywcze, kosmetyki itp.)

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY

2021

mk
dy

– Rachunek za zakupy przechowywany jest w depozycie pacjenta do wglądu jego i upoważnionych osób.

2. PŁATNOŚCI ZA POBYT PACJENTA W ZAKŁADZIE

Warunki płatności określa wzór umowy stanowiący załącznik do Regulaminu.

ROZDZIAŁ V. OBOWIĄZKI PACJENTA I ODWIEDZAJĄCYCH

OBOWIĄZKI PACJENTA

1. Pacjent zgłaszający się do ZOL II powinien poddać się kwalifikacji przez pielęgniarkę, a stosownie do potrzeb także czynnościom doprowadzającym go i jego rzeczy do należytego stanu higieniczno-sanitarnego.
2. Pacjent obowiązany jest stosować się do wszystkich zaleceń i wskazówek pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych oraz przestrzegać ustalonego Regulaminu Wewnętrznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego II udzielającego odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o. w restrukturyzacji i zarządzeń porządkowych Zakładu. Nie wolno mu przyjmować leków ani poddawać się jakimkolwiek zabiegom bez zalecenia pracownika medycznego Zakładu w zakresie ich kompetencji.
3. Pacjent powinien mieć własne środki higieny osobistej, w tym np.: mydło, szampon, szczotkę i pastę do zębów, grzebień, ręcznik, środki do higieny intymnej, itp.
4. Nie wolno przechowywać i spożywać na terenie Zakładu artykułów żywnościowych niewiadomego pochodzenia i przeterminowanych (mogą one ulec konfiskacie i utylizacji).
5. Na terenie ZOL II obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu, papierosów elektronicznych i spożywania alkoholu.
6. Pacjent jest obowiązany szanować mienie Zakładu. Za powstałe z winy pacjenta szkody w mieniu Zakładu powinien on wpłacić do kasy Szpitala równowartość rzeczywistego kosztu usunięcia szkód.
7. Pacjent jest zobowiązany do regularnego comiesięcznego uiszczania ustalonych opłat.
8. Pacjent lub opiekun pacjenta jest zobowiązany do właściwego zabezpieczenia i oznakowania (imieniem i nazwiskiem) artykułów żywnościowych przechowywanych w lodówce przeznaczonej dla pacjentów. Artykuły dla których upłynął termin przydatności do spożycia będą utylizowane przez personel ZOL II.
9. W razie stwierdzenia zagrożenia, czy nieprawidłowości występujących w ZOL II pacjent jest zobowiązany do bieżącego informowania personelu o stwierdzonych nieprawidłowościach.
10. W razie rażącego naruszenia przez pacjenta niniejszego regulaminu, pacjent może być wypisany w trybie natychmiastowym z Zakładu.

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY

L. C. 2023

OBOWIĄZKI ODWIEDZAJĄCYCH

1. Odwiedziny pacjentów mogą się odbywać w każdy dzień tygodnia, w godzinach dziennych w sposób nie zakłócający realizacji procedur pielęgnacyjno-opiekuńczych wykonywanych w ZOL II.
2. Osoby niepełnoletnie mogą odwiedzać pacjentów, jeżeli są w towarzystwie osoby dorosłej.
3. Pacjentów mogą odwiedzać wyłącznie osoby zdrowe (nie dotknięte chorobą zakaźną), czyste i schludnie ubrane. Nie wolno odwiedzać pacjentów osobom mogącym spowodować zagrożenie stanu sanitarno-epidemiologicznego oraz znajdującym się w stanie wskazującym na spożycie alkoholu.
4. Odwiedzającym nie wolno: zakłócać procesu pracy, przebywać w pomieszczeniach służb medycznych, gospodarczych i technicznych (gabinetach zabiegowych, kuchni, itp.)
5. Odwiedzający są zobowiązani poinformować osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie ZOL II o pozostawionych rzeczach i żywności.
6. Osobom odwiedzającym pacjentów zabrania się: dostarczenia chorym artykułów żywnościowych niewiadomego pochodzenia i przeterminowanych (mogą one ulec konfiskacie i utylizacji), leków, przedmiotów niebezpiecznych, wprowadzania zwierząt, zachowań mogących wprowadzić pacjenta w stan niepokoju.
7. Za szkody w mieniu Zakładu powstałe z winy odwiedzającego (lub z winy będącej pod jego opieką osoby niepełnoletniej) powinien on wpłacić do kasy Zakładu równowartość rzeczywistego kosztu usunięcia szkód.
8. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za szkody doznane przez odwiedzających w związku z posiadaniem przez nich na terenie Zakładu pieniędzy i przedmiotów wartościowych.
9. Ze względów epidemiologicznych lub ze względu na bezpieczeństwo pacjentów mogą być okresowo wprowadzone ograniczenia w zakresie odwiedzania pacjentów.
10. Osoba odwiedzająca pacjenta jest obowiązana zapoznać się z niniejszym regulaminem, zachowywać się w czasie pobytu w Zakładzie kulturalnie, podporządkować się poleceniom i wskazówkom personelu.

ROZDZIAŁ VI. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZGONU PACJENTA

1. W przypadku zgonu pacjenta pielęgniarka dyżurująca niezwłocznie powiadamia rodzinę pacjenta lub osobę lub instytucję wskazaną przez pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego o zgonie pacjenta.

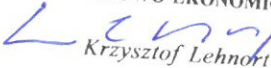
Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

2. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza pielęgniarka postępuje zgodnie z procedurą szpitalną wypełnia kartę przekazania zwłok do prosektorium oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy zmarłego identyfikator.
3. Zwłoki osoby zmarłej przechowuje się nie krócej niż 2 godziny od czasu zgonu wskazanego w dokumentacji medycznej w pomieszczeniu Pro Morte.
4. Po upływie 2h od momentu zgonu zwłoki przewożone są do prosektorium, z którym Szpital mam podpisaną w tym zakresie umowę. Informacja o kontakcie z prosektorium jest umieszczona w oddziale.
5. Depozyt i rzeczy osobiste oraz kartę zgonu i wypis pacjenta odbierają osoby do tego upoważnione w dokumentacji pacjenta.

CZŁONEK ZARZĄDU
DYREKTOR
DS. FINANSOWO-EKONOMICZNYCH

Krzysztof Lehnort

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa oraz wewnętrzne akty normatywne obowiązujące w Szpitalu.
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia.

Wykaz załączników:

Załącznik 1. – wzór wniosku o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

Załącznik 2. – wzór umowy o udzielanie świadczeń

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY



.....
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie ,
świadzeniobiorca 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 pielęgnacyjno-opiekuńczego (załącznik nr 1)**
- b) Wywiad pielęgniarSKI i zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 2)
- c) Skierowanie do **ośrodka pielęgnacyjno-opiekuńczego (załącznik nr 3)**
- d) Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do **ośrodka pielęgnacyjno-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.

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

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

[Handwritten signature]

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

L 2017

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 wkłucia

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

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY

2017

Strona 3 z 17



WYWIAD PIELEŃNIARSKI

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**/**

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

Lin

[Signature]

.....
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.

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

.....

Strona 5 z 17

.....

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.	

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY

2017

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⁾		
.....		
.....	
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego, oraz jego podpis ⁶⁾		data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego oraz jej podpis ⁶⁾

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.

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

2017

WZÓR
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: 115 952 000,00 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 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.

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY

Lin

mf of

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 ubezwłasnowolnienie 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Po przyjęciu do Zakładu Szpital ustali z Pacjentem/Opiekunem Prawnym harmonogram świadczeń udzielanych Pacjentowi w ramach pobytu, o którym mowa w § 1 ust. 1.
10. Szpital oświadcza że:

Stanisław Steckiewicz

RADCY PRAWNY

L. C. W. Y.

ma d

- 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

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY

2022



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-Leczniczy 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 Wewnętrznego 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,

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

ŁC 07

mb

dy

- 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 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 pielęgnacyjno-opiekuńczych Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o. w restrukturyzacji

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY





OBSZAR USŁUG PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYCH – ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY II

Nazwa badania	Nazwa usługi na kasie	Kod – art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy z dn. 11.03.2004r. O podatku od towarów i usług	Cena *	Jednostka miary
ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE:				
opłata za pobyt w ZOLII do 14 dni	pobyt ZOL II do 14 dni	460	2100,00	14 dni
opłata za pobyt w ZOLII pełny miesiąc	pobyt ZOL II miesiąc	461	3900,00	miesiąc
opłata za osobodzień w ZOL II	osobodzień ZOL	462	150,00	osobodzień
ŚWIADCZENIA DODATKOWE:				
Konsultacja psychiatryczna	Kons.psychiatryczna	487	300,00	procedura
Konsultacja kardiologiczna z badaniem EKG	Konsult. Kardiolog	515	200,00	procedura

PROCEDURY MEDYCZNE WYKONYWANE PRZEZ PIEŁĘGNIARKE				
Iniekcja domięśniowa (usługa bez kosztu leku)	iniekcja domięśn.	448	11,00	procedura
Iniekcja dożylna (usługa bez kosztu leku)	iniekcja doż.	449	13,00	procedura
Iniekcja podskórna (usługa bez kosztu leku)	iniekcja pods.	450	10,00	procedura
Pobranie krwi	pob.mat	41	7,00	badanie
EKG spoczynkowe bez opisu	EKG spocz.bez o.	203	25,00	procedura
Monitorowanie RR	pomiar ciśnienia	469	13,00	procedura
Infuzja wraz z założeniem kaniuli dożylniej (usługa bez kosztu leku)	wlew kroplowy	463	22,00	procedura
Założenie/zmiana opatrunku (bez kosztu środków opatrunkowych)	zmiana opatrunku	464	38,00	procedura
Wlew doodbytniczy (bez kosztu leku)	wlew rektalny	465	38,00	procedura
Farmakoterapia przy użyciu nebulizatora (bez ceny leku)	nebulizacja	466	26,00	procedura
Założenie/wymiana cewnika wprowadzonego do pęcherza moczowego na stałe	wymiana/założenie cewnika	467	22,00	procedura
Pomiar poziomu cukru glukometrem	pomiar glukometr	451	5,00	procedura
Założenie/wymiana sondy do żołądk	założenie/wymiana sondy	468	22,00	procedura
Leki materiały opatrunkowe	wg cennika leku materiału opatrunkowego apteki szpitalnej			
PAKIET OGÓLNY: Morfologia podstawowa CBC, OB, Badanie ogólne moczu z osadem, Glukoza w surowicy, Elektrolity, Trójglicerydy, Cholesterol całkowity, LDL cholesterol, HDL cholesterol)	Pakiet ogólny	856	80,00	badanie
PAKIET WĄTROBOWY: ALAT, AST, ALP, Bilirubina całkowita, GGTP, HbsAg, Anty-HCV	Pakiet wątrobowy	857	60,00	badanie

L 207

jed

PAKIET NERKOWY: Badanie ogólne moczu Elektrolity, Mocznik w surowicy, Kreatynina w surowicy, Kwas moczowy w surowicy Białko całkowite w surowicy	Pakiet nerkowy	858	55,00	badanie
PAKIET KOSTNY: Wapń w surowicy, Fosfor w surowicy, ALP,PTH, Kalcytonina	Pakiet kostny	859	65,00	badanie
PAKIET TRZUSTKOWY: Amylaza w surowicy, Amylaza w moczu, Glukoza w surowicy, Lipaza	Pakiet trzustkowy	860	45,00	badanie
PAKIET REUMATYCZNY: Morfologia podstawowa CBC, CRP,OB, ASO, RF, Kwas moczowy w surowicy, p/c ANA, p/c anty – CCP	Pakiet reumatyczny	861	130,00	badanie
PAKIET TARCZYCOWY: TSH, ft4, ft3, p/c anty – TPO	Pakiet tarczycowy	862	70,00	badanie
PAKIET LIPIDOWY: Cholesterol, Trójglicerydy, HDL cholesterol, LDL cholesterol	Pakiet lipidowy	863	25,00	badanie
PAKIET SERCOWY: Elektrolity, CK, CK – MB, Troponina, AST, Trójglicerydy, Cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol, D – dimery	Pakiet sercowy	864	160,00	badanie
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	P. dla kobiet 40+	865	160,00	badanie
PAKIET DLA MĘŻCZYŹN PO 40 ROKU ŻYCIA Pakiet ogólny, TSH, PSA	P. dla mężczyzn 40+	866	130,00	badanie
TK badanie głowy bez i ze środkiem kontrastowym (łącznie)	TK głowy bez/z kon.	2100	340,00	badanie
TK jamy brzusznej bez i ze środkiem kontrastowym	TK j brzusz bez/z kon.	2101	380,00	badanie
TK miednicy bez i ze środkiem kontrastowym	TK miednicy bez/z kon.	2102	380,00	badanie
TK klatki piersiowej bez i ze środkiem kontrastowym	TK kl. piers. bez/z kon.	2103	380,00	badanie
TK innej okolicy anatomicznej bez i ze środkiem kontrastowym	TK in. okol. bez/z kon.	2104	380,00	badanie
TK dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i ze środkiem kontrastowym	TK 2/w okol bez/z kon.	2105	550,00	badanie
TK badanie głowy bez środka kontrastowego	TK głowy bez kon	2106	240,00	badanie
TK klatki piersiowej bez środka kontrastowego	TK kl. piers bez kon.	2107	270,00	badanie
TK kręgosłupa lędźwiowego bez środku kontrastowego	TK kr lędź bez kon	2108	270,00	badanie
TK kręgosłupa piersiowego bez środku kontrastowego	TK kr piers bez kon.	2109	270,00	badanie

TK kręgosłupa szyjnego bez środka kontrastowego	TK kr szyj bez kon.	2110	270,00	badanie
TK miednicy bez środka kontrastowego	TK miednicy bez kon.	2111	270,00	badanie
TK jamy brzusznej bez środka kontrastowego	TK j brzusz bez kon.	2112	270,00	badanie
TK stawu kolanowego bez środka kontrastowego	TK st kolan bez kon.	2113	270,00	badanie
TK stawu biodrowego bez środka kontrastowego	TK st biodr bez kon.	2114	270,00	badanie
TK stawu skokowego bez środka kontrastowego	TK st skok bez kon.	2115	270,00	badanie
TK stawu barkowego bez środka kontrastowego	TK st bark bez kon.	2116	270,00	badanie
TK stawu łokciowego bez środka kontrastowego	TK st łokc bez kon.	2117	270,00	badanie
TK nadgarstka bez środka kontrastowego	TK nadgarst bez kon.	2118	270,00	badanie
TK klatki piersiowej HRCT	TK kl piers HRCT	2119	270,00	badanie
TK badanie innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego	TK in. okolicy bez kon.	2120	270,00	badanie
TK ANGIO aorty piersiowej	TK ANGIO a. piers.	2122	550,00	badanie
TK ANGIO aorty brzusznej	TK ANGIO a. brzusz.	2123	550,00	badanie
TK ANGIO tętnic płucnych	TK ANGIO t. płuc.	2124	550,00	badanie
TK ANGIO naczyń mózgowych	TK ANGIO n. mózg.	2125	550,00	badanie
TK ANGIO aorty	TK ANGIO aorty	2126	550,00	badanie
TK ANGIO naczyń kończyn	TK ANGIO n. kończ.	2127	550,00	badanie
Wirtualna kolonoskopia TK	Wirtualna kolon. TK	2128	550,00	badanie
Cholangiografia przez dren	Cholangiograf.	254	200,00	badanie
Cystografia	Cystografia	255	150,00	badanie
Histerosalpingografia	Histerosalpingogr.	256	250,00	badanie
Mammografia	Mammografia	257	130,00	badanie
Pasaż jelitowy	Pasaż jelitowy	259	200,00	badanie
Zdjęcie Rtg jamy brzusznej na stojąco	Rtg j. Brz. Stoj.	260	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg jamy brzusznej	Rtg j. Brzusznej	261	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg klatki piersiowej P-A	Zdj. kl. pier. P-A	262	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg klatki piersiowej - bok	Zdj. kl. pier.b.	263	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg kl. piers. P-A + bok	Rtg kl.pier.PA+bok	264	70,00	badanie
Zdjęcie Rtg klatki piersiowej A-P u dzieci	Rtg kl.pier.dzieci	265	70,00	badanie
Zdjęcie Rtg kości oczodołu	Zdj. Rtg k. oczod.	266	60,00	badanie
Skolioza kręgosłupa (TH i LS w projekcji A-P)	Skolioza kr.pr.AP	267	60,00	badanie
Skopia płuc	Skopia płuc	268	60,00	badanie
Skopia płuc + zdjęcie Rtg	Skopia płuc.+Rtg	269	60,00	badanie
Sylwetka serca P-A+ bok z kontrastem	Sylw. serca z kon.	270	90,00	badanie
Urografia	Urografia	271	250,00	badanie
Wlew jelita grubego	Wlew jel. grubego	272	200,00	badanie
Zdjęcie celowane na siodełko tureckie	Zdj.cel.siod.tur.	273	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg czaszki	Rtg czasz. 2 proj.	274	60,00	badanie
Badanie Rtg górnego odcinka przewodu pokarmowego	Rtg przewo.pokar.	275	150,00	badanie

Zdjęcie Rtg stawów krzyżowo-biodrowych A-P	Rtg st. krz-bio.	276	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg kości nadgarstka A-P +bok	Rtg k. nadg. A-P+b	277	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg kości nosowej	Rtg k. nosowej	278	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg kości ogonowej A-P+bok	Rtg k. og. A-P+b	279	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg kości piętowej	Rtg k. piętowej	280	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg kości przedramienia A-P+ bok	Rtg przedr. .A-P+b	281	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg kości ramiennej A-P+bok	Rtg k. ram. A-P+b	282	60,00	badanie
Badanie uzupełniające	Bad.Uzup.	315	40,00	badanie
RTG staw kolanowy AP+bok	Rtg kolan ap+bok	316	60,00	badanie
RTG porównawcze rzepek osiowo	Rtg rzepek	317	60,00	badanie
RTG kręgosłup szyjny zdjęcie czynnościowe	Rtg kr. szyj. Czyn.	318	60,00	badanie
RTG kość krzyżowa z kością ogonową AP+bok	Rtg k.krzyż AP+bok	319	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg kości udowej A-P+bok	Rtg k. ud. A-P+b	283	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg łokcia A-P+bok	Rtg łokcia A-P+bok	284	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg łopatki	Zdj. Rtg łopatki	285	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg miednicy	Zdj. Rtg miednicy	286	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg mostka	Zdjęcie Rtg mostka	287	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg obojczyka	Rtg obojczyka	288	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg palca	Zdjęcie Rtg palca	289	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg palców dłoni	Zdj. Rtg palc dłon	290	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg podudzia A-P+ bok	Rtg podudzia A-P+b	291	60,00	badanie
Zdjęcie RTG dłoni A-P+bok	Zdj. Rtg dł. A-Pb	292	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg porównawcze rąk	Rtg porówn. Rąk	293	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg stawu barkowego	Rtg st. barkowego	294	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg stawu biodrowego	Rtg st. biodrowego	295	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg stawów biodrowo – osiowych	Rtg staw. biod.osi	296	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg kolan porównawcze	Rtg kolan porówn.	297	80,00	badanie
Zdjęcie Rtg stawu skokowego A-P+bok	Rtg st.skok.AP+bok	298	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg stopy A-P+bok	Zdj. Rtg stop AP+b	299	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg stopy – porównawcze	Zdj. Rtg. stopy p.	300	60,00	badanie
Rtg kręgosłupa krzyżowo-guzicznego A-P+bok	Rtg kr.krzyż.guzi.	301	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg lędźwiowego odcinka kręgosłupa A-P+bok	Rtg kr. Lęd.AP+b	302	70,00	badanie
Zdjęcie Rtg piersiowego odcinka kręgosłupa A-P+bok	Rtg kr. pier.A-P+b	303	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg szyjnego odcinka kręgosłupa A-P+bok	Zdj. kr szyj.A-P+b	304	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg szyjnego odcinka kręgosłupa (w projekcji skośnej)	Zdj. szyj. Skoś	305	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg zatok obocznych nosa	Zdj. Rtg zatok	306	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg żeber	Zdjęcie Rtg żeber	307	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg żuchwy	Zdjęcie Rtg żuchwy	308	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg śródstopia	Zdj. Rtg śródstop.	309	65,00	badanie
Zdjęcie Rtg kości skaliste – wyrostek sutkowy	Rtg kość. Skal.	310	60,00	badanie

Zdjęcie Rtg stawy skroniowo-zuchwowe	Rtg st. Skron	311	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg twarzoczaszki	Rtg twarzoczaszki	312	60,00	badanie
Zdjęcie Rtg szczytów płuc	Zdj. Rtg szc. Płuc	313	60,00	badanie
Zdjęcie RTG kość krzyżowa z ogonową	Zdj. Rtg k.k. og.	314	60,00	badanie
USG dopochwowe/ginekologiczne	USG dopochw. Gin.	346	100,00	badanie
USG jamy brzusznej	USG jamy brzusz.	348	100,00	badanie
USG położnicze	USG położ.	349	120,00	badanie
USG piersi	USG piersi	350	120,00	badanie
USG tarczycy	USG tarczycy	351	100,00	badanie
USG układu moczowego	USG układu moczow.	352	100,00	badanie
USG tkanek miękkich	USG tk.miękkich	354	100,00	badanie
USG szyi	USG szyi	355	100,00	badanie
USG ortopedyczne	USG ortop.	360	130,00	badanie
Usługi fizjoterapia/rehabilitacja				
Wizyta fizjoterapeutyczna	ustalenie planu zabiegów/procedur	2199	70,00	procedura
Krioterapia miejscowa (dwutlenek węgla) – jedna okolica	Krio. CO2. 1ok.	2200	12,00	procedura
Krioterapia miejscowa (para azotu) – jedna okolica	Krio. Para azot. 1 ok.	2201	14,00	procedura
Kąpiel wirowa kończyn górnych	Kąpiel wir.k.gór.	2210	14,00	procedura
Kąpiel wirowa kończyn dolnych	Kąpiel wir. k.dol..	2211	14,00	procedura
Kąpiel wirowa kręgosłupa lędźwiowego	Kąpiel wir. kr. lędź.	2212	27,00	procedura
Masaż podwodny miejscowy (1 okolica)	Masaż podw. Miejsc.	2213	30,00	procedura
Masaż suchy częściowy (1 okolica)	Masaż suchy cz. 1ok.	2220	37,00	procedura
Masaż suchy całkowity	Masaż suchy całk..	2221	111,00	procedura
Masaż suchy całego kręgosłupa	Masaż suchy cał. kręg.	2222	49,00	procedura
Masaż limfatyczny ręczny (1 okolica)	Masaż limf. Ręcz. 1ok.	2223	61,00	procedura
Masaż limfatyczny ręczny kończyny górnej	Masaż limf. Ręcz. k. g.	2224	49,00	procedura
Masaż limfatyczny ręczny kończyny dolnej	Masaż limf. Ręcz. k. d.	2225	74,00	procedura
Ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie (staw kolanowy)	Ćw. bierne staw kol.	2230	34,00	procedura
Ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie (staw barkowy)	Ćw. bierne staw bark.	2231	34,00	procedura
Ćwiczenia bierne redresyjne (1 okolica)	Ćw. bierne redres. 1 ok.	2232	37,00	procedura
Ćwiczenia czynno - bierne (1 okolica)	Ćw. cz-bie. 1 ok.	2233	43,00	procedura
Ćwiczenia ogónousprawniające	Ćw. Ogónouspraw.	2234	24,00	procedura
Mobilizacja małych stawów (1 okolica)	Mobil. m. staw.	2235	49,00	procedura
Mobilizacja dużych stawów (1 okolica)	Mobil. d. staw.	2236	49,00	procedura
Mobilizacja odcinka piersiowego kręgosłupa	Mobil. Odc. piers. kr.	2237	49,00	procedura
Mobilizacja odcinka szyjnego kręgosłupa	Mobil. Odc. szyj. kr.	2238	49,00	procedura
Mobilizacja odcinka lędźwiowego kręgosłupa	Mobil. Odc. lędź.. kr.	2239	49,00	procedura
Manipulacja	Manipulacja	2240	61,00	procedura

Ćwiczenia czynne w odciążeniu (1 okolica)	Ćw. czyn. Odciąż 1 ok.	2241	12,00	procedura
Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem (1 okolica)	Ćw. czyn. Odc. opor. 1 ok.	2242	12,00	procedura
Ćwiczenia czynne wolne (1 okolica)	Ćw. czyn. Wolne 1 ok.	2243	14,00	procedura
Ćwiczenia czynne wolne z oporem (1 okolica)	Ćw. cz. Wolne opor. 1 ok.	2244	12,00	procedura
Wyciąg osiowy kręgosłupa odcinka lędźwiowego	Wyciąg lędźwiowy	2245	12,00	procedura
Wyciąg osiowy kręgosłupa odcinka szyjnego	Wyciąg szyjny	2246	12,00	procedura
Ćwiczenia izometryczne (1 okolica)	Ćw. izometr. 1 ok.	2247	12,00	procedura
Nauka czynności lokomocji (chodu)	Nauka chodu	2248	12,00	procedura
Inne formy usprawniania – ćwiczenia sprawności manualnej	Inne formy uspr. m.	2249	24,00	procedura
Inne formy usprawniania – ćwiczenia na przyrządach	In. formy uspr. Przyrz.	2250	24,00	procedura
Inne formy usprawniania – ćwiczenia samowspomagane (na przyrządach) 1 przyrząd	In. formy uspr. Sam. 1 prz.	2251	24,00	procedura
Inne formy usprawniania – ćwiczenia ogólnousprawniające (rozluźniające, relaksacyjne)	In. formy uspr. Relax..	2252	24,00	procedura
Ćwiczenia wspomagane, prowadzone (1 okolica)	Ćw. wspom. 1 ok.	2253	18,00	procedura
Ćwiczenia równoważne	Ćw. równoważne	2254	18,00	procedura
Indywidualna praca z pacjentem i ćwiczenia bierne wykonywane manualnie	Indyw. Ćw. bierne ma.	2255	37,00	procedura
Galwanizacja (1 okolica)	Galwanizacja el. al. 1 ok.	2260	10,00	procedura
Jonoforeza	Jonoforeza	2261	10,00	procedura
Elektrostymulacja (1 okolica)	Elektrostymulacja	2262	10,00	procedura
Tonoliza (1 okolica)	Tonoliza 1 ok.	2263	10,00	procedura
Prądy diadynamiczne (1 okolica)	Diadynamik	2264	10,00	procedura
Prądy interferencyjne (1 okolica)	Pr. interfer. 1 ok.	2265	10,00	procedura
Prądy TENS (1 okolica)	TENS 1 ok.	2266	10,00	procedura
Prądy Kotza (1 okolica)	Pr. Kotza 1 ok.	2267	10,00	procedura
Prądy Traberta (1 okolica)	Pr. Traberta 1 ok.	2268	10,00	procedura
Ultradźwięki miejscowe (1 okolica)	Ultradźwięki 1 ok.	2269	10,00	procedura
Ultrafonoforeza (1 okolica)	Ultrafonoforeza 1 ok.	2270	10,00	procedura
Impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości (1 okolica)	Imp. Pole magn wys. lok.	2271	12,00	procedura
Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości (1 okolica)	Imp. Pole magn nis. lok.	2272	12,00	procedura
Lampa Solux - naświetlanie promieniami IR (1 okolica)	Solux 1 ok.	2273	10,00	procedura
Laseroterapia punktowa (1 okolica)	Laser. Pkt. 1 ok.	2274	10,00	procedura
Diatermia krótkofalowa (1 okolica)	Diatermia krótk. 1 ok.	2275	12,00	procedura
1. Przy wykupie 10 zabiegów (jeden rodzaj procedur) Pacjent otrzymuje 5% rabatu.				
<u>przykład:</u>				
Laseroterapia punktowa (jedna okolica): cena 1 zabiegu 10,00 zł				
Standardowa cena pakietu 10 zabiegów: 100,00 zł ;				
cena pakietu 10 zabiegów z rabatem 5%: 95,00 zł.				
2. Przy wykupie po 10 zabiegów (dwa rodzaje procedur) Pacjent otrzymuje 10% rabatu.				
<u>przykład:</u>				

Kąpiel wirowa kończyn dolnych: cena 1 zabiegu 15,00 zł ; cena 10 zabiegów 150,00 zł ,

plus

Wyciąg osiowy kręgosłupa odcinka lędźwiowego: cena 1 zabiegu 12,00 zł ; cena 10 zabiegów 120,00 zł ,

Standardowa cena pakietu 20 zabiegów (w tym dwa rodzaje procedur): 270,00 zł ,

cena pakietu 20 zabiegów z rabatem 10%: 243,00 zł

3. Przy wykupie po 10 zabiegów (trzy lub więcej rodzajów zabiegów) Pacjent otrzymuje 15% rabatu.

przykład:

Masaż limfatyczny ręczny kończyny górnej: cena 1 zabiegu 49,00 zł; cena 10 zabiegów 490,00 zł

plus

Kąpiel wirowa kończyn górnych: cena 1 zabiegu 15,00 zł; cena 10 zabiegów 150,00 zł ,

plus

Ćwiczenia ogólnousprawniające: cena 1 zabiegu 25,00 zł; cena 10 zabiegów 250,00 zł ,

Standardowa cena pakietu 30 zabiegów (w tym trzy rodzaje procedur): 890,00 zł

cena pakietu 30 zabiegów z rabatem 15%: 756,50 zł.

TRANSPORT SANITARNY KARETKĄ

Koszt przejazdu przy udziale świadczeniodawcy	Nazwa usługi na kasie	Kod – art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy z dn. 11.03.2004r. O podatku od towarów i usług	Jednostka miary	Cena
60% 2,40 zł za kilometr	przej. 60%udz. Św.	687	km	2,40
60% 60,00 zł za usługę za każdą rozpoczętą godzinę	Usł. 60%udz. Św.	689	usługa	60,00
100% 4,00 zł za kilometr	Przej. 100%udz. św.	688	km	4,00
100% 100,00 zł za usługę za każdą rozpoczętą godzinę	usł. 100%udz. św.	686	usługa	100,00

Informacja o wysokości opłat za usługę przechowywania zwłok osób zmarłych w szpitalu przez okres dłuższy niż 72 godziny realizowaną przez podmiot zewnętrzny, z którym Spółka zawarła umowę.

- za pierwszą dobę	75,00 zł			
- za każdą kolejną dobę	90,00 zł			

CZŁONEK ZARZĄDU
DYREKTOR
DS. FINANSOWO-EKONOMICZNYCH
[Podpis]
Krzysztof Lehnort

[Podpis]

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 / osobodzień
2. zapewnienie wyżywienia zgodnie z harmonogramem czasowym (tj. 3 x dziennie)
- diety adekwatnej do stanu odżywienia i stanu zdrowia,
3. opieka personelu pielęgniarzkiego/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 pielęgniarzka 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 pielęgniarzkie 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

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

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) -**

Podstawowa opłata za pobyt, o której mowa w zał. 1 umowy **nie obejmuje:**

- kosztu leków, materiałów opatrunkowych,
- prania odzieży pacjenta,
- kosztu zakupu pieluchomajtek, podkładow higienicznych i chłonnych,
- kosztu zakupu środków higienicznych i pielęgnacyjnych,
- kosztu środków do leczenia odleżyn,
- pozostałych usług pielęgniarzkich 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

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

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, ul. Szpitalna 1, Sosnowiec
5. Wypis z placówki, przewidywany termin:

Uwaga! Podane terminy i harmonogram mogą ulec zmianie.

Podpis: Pacjent/opiekun prawny

Podpis: Szpital

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY



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:

2. Świadczenie podstawowe kwota w zł

3. Świadczenia dodatkowe i ich krotkość:

-razy

-razy

-

-

-

-

Kwota pełnej odpłatności: zł

Słownie złotych

Podpis: Pacjent/opiekun prawny

Podpis: Szpital

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

LCW



Załącznik nr 5
do Umowy na udzielenie odpłatnych świadczeń medycznych
z dn. r.

**PROCEDURY MEDYCZNE WYKONANE PRZEZ PIEŁĘGNIARKE 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
Nazwa procedury	Kod ICD 9																			
Monitorowanie ciśnienia tętniczego	89.61																			
Wymiana cewnika wprowadzonego do pęcherza moczowego na stałe	57.95																			
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																			

L L L L

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

[Handwritten signatures]

do Umowy na udzielenie odpłatnych świadczeń medycznych

z dn. r.

.....dnia.....r.
(miejscowość) (data)

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

.....
(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

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

Prośbę swoją motywuję

.....

.....

Załączniki do wniosku :

- a) Wniosek o wydanie skierowania do **ośrodka pielęgnacyjno-opiekuńczego (załącznik nr 1)**
- b) Wywiad pielęgniarzki i zaświadczenie lekarskie (**załącznik nr 2**)
- c) Skierowanie do **ośrodka pielęgnacyjno-opiekuńczego (załącznik nr 3)**
- d) Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do **ośrodka pielęgnacyjno-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.

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

.....
(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

LC 17 

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 wkłucia.....

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.

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

2024



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 - spacer 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.	

Stanisław Steckiewicz

RADCA PRAWNY

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⁾		
.....		
.....	
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego, oraz jego podpis ⁶⁾		data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego oraz jej podpis ⁶⁾

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.

Stanisław Steckiewicz
RADCA PRAWNY

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]