Załącznik Nr 4
do Regulaminu Organizacyjnego SPZ ZOZ
w Nowej Dębie

REGULAMIN ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, zwany dalej: „ZOL" działa w strukturze Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie, zwanego dalej: „SPZ ZOZ" i realizuje stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne w rozumieniu ustawy z 15.04.2011r. o działalności leczniczej. ZOL udziela świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów niewymagających leczenia szpitalnego, zapewnia pielęgnację pacjentów, opiekę, rehabilitację oraz zapewnia produkty lecznicze niezbędne do dalszego procesu leczenia, zakwaterowanie, wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także edukację zdrowotną dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowuje te osoby do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

§ 2

1. ZOL jest kierowany przez Kierownika ZOL, którym jest lekarz bezpośrednio podporządkowany Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Kierownik ZOL kieruje pracą pozostałych lekarzy ZOL, odpowiada za właściwe funkcjonowanie ZOL i należyte udzielanie świadczeń zdrowotnych należytej jakości. W razie swojej nieobecności Kierownik ZOL wskazuje na piśmie innego lekarza odpowiedzialnego za kierowanie ZOL.
2. Świadczenia pielęgnacyjne udzielane są przez pielęgniarki, którymi kieruje pielęgniarka oddziałowa/koordynująca. Pielęgniarce oddziałowej/koordynującej podlega pozostały personel ZOL.
3. W ZOL jest przygotowanych 35 miejsc dla pacjentów wymagających świadczeń opiekuńczo-leczniczych.
4. Obsługę administracyjno-finansową i gospodarczo-techniczną ZOL prowadzą odpowiednie służby SPZ ZOZ.
5. Kierownik ZOL odpowiada za gromadzenie, przechowywanie i archiwizowanie dokumentów ZOL zgodnie z oddzielnymi przepisami. Kierownik ZOL udziela informacji odpowiednio świadczeniobiorcy oraz odpowiednio domowi pomocy społecznej albo podmiotowi leczniczemu, o kolejności przyjęcia świadczeniobiorców oraz o przewidywanym terminie przyjęcia do ZOL.
6. Dokumentacja ZOL jest archiwizowana w archiwum zakładowym SPZ ZOZ.
7. Skargi i wnioski w sprawach dot. działalności ZOL przyjmuje Rzecznik Praw Pacjenta SPZ ZOZ. Godziny przyjęć RPP podawane są na tablicy informacyjnej ZOL.

II. PODSTAWY PRAWNE DZIAŁANIA ZOL

§ 3

Podstawę funkcjonowania ZOL stanowi:

1. ustawa z 15.04.2011r. o działalności leczniczej **(jednolity tekst Dz.U. z 2018r. poz. 2190),**
2. ustawa z 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **(jednolity tekst: Dz.U. z 2019r. poz. 1373),**
3. ustawa z 19.08.1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018r. poz. 1878 z późniejszymi zmianami),
4. ustawa z 05.12.1996r. o zawodzie lekarza (**jednolity tekst: Dz.U. z 2019r. poz 537 z późn. zm.),**
5. ustawa z 05.07.1996r. o zawodach pielęgniarki i **położnej (jednolity tekst Dz.U. z 2019r. poz. 576 z późn. zm.),**
6. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. 2012.731),
7. przepisy wykonawcze do ustaw powołanych w pkt. 1 do 5,
8. statut Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie.

III. WSPÓŁDZIAŁANIE DLA ZAPEWNIENIA SPRAWNOŚCI FUNKCJONOWANIA ZOL POD WZGLĘDEM LECZNICZYM, ADMINISTRACYJNYM I GOSPODARCZYM.

§ 4

1. Do zadań ZOL i innych komórek organizacyjnych SPZ ZOZ w szczególności należy:

1) realizacja zadań i celów określonych w statucie SPZ ZOZ i niniejszym Regulaminie,
2) opracowanie wniosków do projektu planu finansowego SPZ ZOZ na dany rok kalendarzowy oraz realizacja zadań ZOL wg tego planu,
3) opracowanie sprawozdań z wykonanych zadań, zleconych przez Dyrektora SPZ ZOZ oraz sprawozdań i informacji wynikających z odrębnych przepisów,
4) realizowanie uchwał Rady Społecznej w zakresie spraw dotyczących ZOL,
5) udzielanie wyjaśnień, służących badaniu przez Dyrektora SPZ ZOZ zasadności skarg i wniosków odnoszących się do działalności ZOL,
6) ochrona tajemnicy zawodowej i służbowej,
7) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji,
8) bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej oraz jej ochrona zgodnie z obowiązującymi przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi,
9) wykonywanie innych czynności określonych zarządzeniami lub poleceniem Dyrektora SPZ ZOZ ,

2. Szczegółowy sposób wykonania zadań określa Dyrektor SPZ ZOZ w drodze zarządzeń, instrukcji lub poleceń służbowych.

§ 5

1. Dla realizacji celów określonych w par. 4 Dyrektor SPZ ZOZ organizuje narady z udziałem Kierownika ZOL. Sposób zwoływania narad oraz ich przebieg określa Dyrektor SPZ ZOZ.
2. ZOL prowadzi korespondencję za pośrednictwem Sekretariatu SPZ ZOZ.

§ 6

ZOL współdziała z innymi podmiotami leczniczymi, w tym z jednostkami i komórkami funkcjonalnymi SPZ ZOZ oraz innymi podmiotami, prowadzącymi działalność w dziedzinie ochrony zdrowia w celu zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów, ciągłości postępowania i zapewnienia świadczeń zdrowotnych w przypadkach nagłego pogorszenia się stanu zdrowia. W tym zakresie ZOL stosuje się do umów podpisanych przez SPZ ZOZ i procedur obowiązujących w SPZ ZOZ.

IV. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 7

Świadczenia zdrowotne ZOL udzielane są całodobowo przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymogi, określone w odrębnych przepisach.
Świadczenia te udzielane są wyłącznie w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń, odpowiadających wymaganiom, przewidzianym w odrębnych przepisach

§ 8

ZOL prowadzi rejestr pacjentów. ZOL zapewnia pacjentom:

1. środki farmaceutyczne i materiały medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonywania świadczenia medycznego,
2. pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
3. opiekę lekarsko-pielęgniarską, w tym bieżące monitorowanie procesu leczenia, dodatkowe badania diagnostyczne i specjalistyczne konsultacje lekarskie,
4. odpowiednie warunki przechowywania rzeczy wartościowych zgodnie z postanowieniami regulaminu,
5. poszanowanie praw pacjenta,
6. prowadzenie pełnej dokumentacji medycznej.

§ 9

1. Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w ZOL decydują o rodzaju oraz ilości świadczeń rehabilitacyjnych i leczniczych, zlecanych pacjentom, biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjentów oraz dotychczasowe wyniki rehabilitacji i leczenia, a także celowości skierowania pacjenta na hospitalizację.
2. ZOL zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy, gromadzi i przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia dane o świadczeniach zdrowotnych, udzielonych poszczególnym pacjentom w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach i umowach.

§ 10

Rozkład czynności w zakresie pielęgnowania pacjentów ZOL:

6^{30}-7^{00} – mierzenie ciepłoty ciała

7^{00}-7^{15} – raport pielęgniarski

7^{15}-8^{30} – pielęgnacja chorych

7^{15}-8^{20} – wizyta lekarska

8^{00}- 8^{40} – gimnastyka dla pacjentów

8^{45}- 9^{15} – śniadanie, karmienie chorych, podanie leków

9^{15}-10^{30} – przyjęcie i wykonanie zleceń lekarskich

10^{30}-11^{30} – zabiegi pielęgnacyjne

11^{30}-13^{00} – terapia zajęciowa

13^{00}-14^{00} – obiad, karmienie chorych, podanie leków doustnych

14^{00}-15^{00} – odpoczynek poobiedni

15^{00}-17^{00} – zabiegi pielęgnacyjne

17^{15}-18^{15} – kolacja , karmienie chorych, podanie leków doustnych

18^{15}-18^{45} – mierzenie ciepłoty ciała

18^{45}-19^{15} – raport pielęgniarski

19^{15}-22^{00} – zabiegi pielęgnacyjne

22^{00}-6^{00} – cisza nocna

§ 11

1. Zalecane godziny odwiedzin, codziennie w godz. od 10.00-21.00.
2. Informacje o stanie zdrowia pacjentów udzielane są wyłącznie przez lekarza ZOL.
3. Informacji o pielęgnacji pacjentów udzielają pielęgniarki.
4. W porze nocnej od godz. $22.^{00}$ do $6.^{00}$ obowiązuje cisza nocna.
5. Pacjent i jego rodzina są informowani o wyjściu do domu najpóźniej w przeddzień wypisu.

V. ZASADY PRZYJĘCIA DO ZOL, WYPISYWANIA I POBIERANIA OPŁAT ZA POBYT W ZOL

§ 12

1. Sposób kierowania do ZOL, dokumentację wymaganą przy kierowaniu do ZOL, w tym wzór wniosku o wydanie skierowania do ZOL, wywiadu pielęgniarskiego i zaświadczenia lekarskiego oraz skierowania do ZOL, a także sposób ustalania odpłatności za pobyt w ZOL określają przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25.06.2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z 2012r. poz. 731).

2. Podstawą przyjęcia do ZOL jest skierowanie do ZOL, wypełnione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na wniosek osoby ubiegającej się o umieszczenie w ZOL albo na wniosek jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego. W przypadku braku zgody pacjenta, którego stan wymaga umieszczenia w ZOL - zgoda pacjenta może być zastąpiona postanowieniem właściwego sądu opiekuńczego. Skierowanie do ZOL wraz z wnioskiem i kompletem dokumentów do wniosku przekazywane są do Sekretariatu SPZ ZOZ, rejestrowane i przekazywane Kierownikowi ZOL z dekretacją Dyrektora SPZ ZOZ do załatwienia stosownie do zasad określonych niniejszym Regulaminem. O przyjęciu świadczeniobiorcy do ZOL decyduje Kierownik ZOL. Kierownik ZOL zawiadamia pisemnie osobę skierowaną do ZOL albo przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego albo odpowiednio dom pomocy społecznej, podmiot leczniczy o kolejności przyjęcia świadczeniobiorcy lub o umieszczeniu na liście oczekujących i przewidywanym terminie przyjęcia do ZOL. Listę oczekujących prowadzi Kierownik ZOL.
3. Lekarz zarządzający oddziałem Szpitala SPZ ZOZ w Nowej Dębie, na którym przebywa pacjent niewymagający dalszego leczenia szpitalnego może wydać skierowanie do ZOL bez zachowania tego trybu, jeżeli przyjęcie do ZOL uzasadniają szczególne okoliczności. W takich przypadkach przyjęcie może nastąpić poza kolejnością. Czas trwania pobytu pacjenta w ZOL nie powinien być dłuższy niż 6 miesięcy. W medycznie uzasadnionych przypadkach czas pobytu pacjenta w ZOL może być przedłużony na dalszy okres do 6 miesięcy, nawet na czas nieokreślony.
4. Wniosek ze skierowaniem i innymi wymaganymi dokumentami składa się w Sekretariacie SPZ ZOZ. Wzór wniosku stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu. Przyjęcia do ZOL dokonuje się wg kolejności zarejestrowania wniosku w Sekretariacie SPZ ZOZ. Do skierowania załącza się:
   1) wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie wg wymaganego wzoru określonego Rozporządzeniem powołanym w par. 12 ust. 1,
   2) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu ubiegającego się o przyjęcie.
   Wzór obowiązujących dokumentów w zał. do niniejszego Regulaminu.
   Wniosek o wydanie skierowania, skierowanie, zaświadczenie lekarskie nie są wymagane, jeśli o umieszczeniu w ZOL orzekł sąd opiekuńczy.
5. Jeśli osoba ubiegająca się o umieszczenie w ZOL nie może być przyjęta do ZOL z powodu braku miejsc – osobę oczekującą wpisuje się w tej kolejności na listę oczekujących.
6. Osoba przyjmowana do ZOL składa oświadczenie o wysokości dochodu stanowiącego podstawę naliczenia opłaty za ZOL, przedkłada decyzję organu emerytalno -rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej, zasiłku stałego i dołącza oświadczenie do ponoszenia odpłatności wg załącznika nr 1 oraz zgodę na potrącanie opłaty za ZOL wg załącznika nr 2.
7. Ruch Chorych przekazuje do Działu Administracyjno-Organizacyjnego na bieżąco nie później niż do dnia 5-tego następnego miesiąca informację o przyjęciu pacjenta, oświadczenie o wysokości dochodów pacjenta wraz z kopią decyzji emerytalno-rentowej, zgodę pacjenta na potrącanie opłaty za pobyt w ZOL wg wzorów określonych załącznikiem Nr 1 i Załącznikiem Nr 2, informację o udzielonych pacjentowi przepustkach za dany miesiąc lub innych okolicznościach powodujących zmianę opłat.
8. Wysokość opłaty za pobyt w ZOL ustala Dyrektor SPZ ZOZ w oparciu o dokumenty wymienione w ust. 6 decyzją, której 1 egz. jest wysyłany wraz z wypełnionym załącznikiem Nr 2 do odpowiedniego organu emerytalno-rentowego gdzie dany pacjent pobiera świadczenie, 1 egz. otrzymuje Dział Ekonomiczno-Finansowy celem fakturowania opłat i 1 egz. pozostaje w Dziale Administracyjno-Organizacyjnym.

Osoba przebywająca w ZOL zobowiązana jest zawiadomić SPZ ZOZ o każdej zmianie dochodu . W takim przypadku wysokość opłaty za pobyt w ZOL ustala się ponownie. Opłatę za pobyt w ZOL w przypadku czasowej nieobecności pomniejsza się na zasadach określonych w Rozporządzeniu powołanym w ust. 1.

9. Opłaty za pobyt w ZOL należy regulować w terminie do 10-go dnia danego miesiąca, przelewem na rachunek bankowy wskazany w decyzji o ustaleniu opłat. Wzór decyzji stanowi załącznik do n/n regulaminu.
10. W przypadku zgonu pacjenta ZOL, opłata za pobyt w ZOL podlega rozliczeniu i kwota nadpłaty obliczonej proporcjonalnie do ilości dni pozostałych do końca danego miesiąca, wypłacana jest osobie wskazanej w dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta, na pisemny wniosek tej osoby.

§ 13

1. Pacjent przebywający w ZOL ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu pacjenta ZOL w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
2. Na podstawie pisemnej zgody osoby ubiegającej się o umieszczenie w ZOL, jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego na dokonywanie przez organ rentowy potrąceń opłat ze świadczeń emerytalno-rentowych, organ ten dokonuje potrąceń w oparciu o przepisy art. 139 ust. 1 pkt. 10 ustawy z dnia 17.12.1998r. o emeryturach i rentach. Wzór upoważnienia dla organu rentowego stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu.
3. Dyrektor SPZ ZOZ występuje na wniosek Kierownika ZOL do organu rentowego z wnioskiem o potrącanie ze świadczeń emerytalno-rentowych opłat za ZOL i ich przekazywanie ich na rachunek bankowy SPZ ZOZ.
4. Opłatę pobytu w ZOL za okres przed potrąceniem świadczeń emerytalno-rentowych pacjent wpłaca na rachunek bankowy SPZ ZOZ.

§ 14

Pacjentów ZOL wypisuje się odpowiednio wg zasad jak pacjentów Oddziałów Szpitala (zasady uregulowane w części ogólnej Regulaminu Organizacyjnego).

§ 15

W dniu przyjęcia do ZOL oraz na koniec każdego miesiąca lekarz i pielęgniarka ZOL dokonują oceny pacjenta ZOL za pomocą karty oceny, stanowiącej załącznik do niniejszego Regulaminu dokonują oceną skali poziomu samodzielności „skalą Barthel”.

WZÓR

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO
DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko
.....
Adres zamieszkania
.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
....
Miejscowość, data Podpis świadczeniobiorcy

WZÓR

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYWIAD PIELĘGNIARSKI

1. Dane świadczęniobiorcy

.....
.
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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

....

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć lekarza

---

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania".

WZÓR

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO*

Niniejszym kieruję:

.....

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

Nr telefonu do kontaktu

.....

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

.....

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....

Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**.....

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*

.....

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

.....

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

– do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

....

Miejscowość, data Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

wzór

.....
(miejscowość, data)

Nazwisko .....

Imię .....

PESEL.....

Adres .....

.....

NIP.....

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zespołu
Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Nowej Dębie

WNIOSEK
O przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy SPZZOZ w Nowej Dębie w najwcześniej możliwym terminie.
Prośbę swą motywuję złym stanem zdrowia wymagającym ciągłej opieki. Choruję na:

.....
.....

W załączeniu wymagane dokumenty, tj.:
1. Zaświadczenie lekarskie
2. Wywiad pielęgniarski
3. Skierowanie do ZOL
4. Decyzja ZUS

.....
własnoręczny podpis osoby ubiegającej się
o umieszczenie w ZOL lub jej przedstawiciela ustawowego

Opinia Kierownika ZOL:
.....

.....

Dane kontaktowe osoby opiekującej się pacjentem:

Imię i nazwisko .....
Adres .....tel.....

Decyzja Dyrektora SPZZOZ w Nowej Dębie:

.....

Załącznik Nr 1
do Regulaminu ZOL

Imię i Nazwisko……..

Adres……...

……

……

……

O Ś W I A D C Z E N I E

Osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym SPZ ZOZ w Nowej Dębie

Ja , niżej podpisany/a , oświadczam , że na podstawie obowiązujących przepisów prawa , zobowiązuję się do ponoszenia odpłatności za pobyt w ZOL w Nowej Dębie Pan/i

…… :stopień pokrewieństwa: żona, mąż, inna osoba zobowiązana.

Podstawa prawna: art.18 ustawy z 24.08.2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych za środków publicznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2015r. poz. 581 z późn. zm.),

…… ……..
data podpis osoby ubiegającej się o skierowanie lub przedstawiciela ustawowego albo innej osoby zobowiązanej

Załącznik Nr 2
do Regulaminu ZOL

…….
Nazwisko i imię

…….

…….
Adres

…….
Nr emerytury/renty

Wyrażam zgodę na potrącenie przez ZUS w……..opłaty za pobyt w ZOL w wysokości 70% z wypłaty mojego miesięcznego świadczenia, tj:.....
(słownie.....)
i przekazanie na konto nr 07 1240 2744 1111 0000 3990 9648 Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie.

…… ……
data czytelny podpis pacjenta

Stwierdzam zgodność podpisu:

…….
Kierownik ZOL

SPZZOZ.NA.III.0510-…./.. Nowa Dęba, dn……

DECYZJA
o umieszczeniu w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym

Działając na podstawie przepisów art.18 ustawy z dn. 27.08.2004r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst Dz.U. z 2015r. Nr 581 poz. 1027 z póź .zmianami) oraz § 6 i § 7 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25.06.2012r. w sprawie kierowania do Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych oraz Pielęgnacyjno-Opiekuńczych (Dz.U. z 2012r.poz.731):

1. P o s t a n a w i a m na wniosek lekarza: ……, umieścić …….. PESEL …….. zamieszkałego ……., w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Nowej Dębie przy ul. Rzeszowska 8.

2. K i e r o w n i k Zakładu Opiekuńczo -Leczniczego poinformuje wnioskodawcę o terminie przyjęcia do ZOL wymienionego w pkt.1, bądź o umieszczeniu na liście oczekujących na przyjęcie.

3. U s t a l a m comiesięczną odpłatność za pobyt ……., która wynosi …….. zł, słownie:(…….), co stanowi 70% wysokości emerytury ustalonej przez ……... Decyzja o waloryzacji policyjnej emerytury z dnia …….. Kwota ta ulegnie zmianie w przypadku zmiany w/w decyzji w zakresie wysokości świadczenia.

4. Powyższą kwotę należy przekazywać co miesiąc na rachunek bankowy Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie, Bank Pekao S.A.
Nr rachunku **07124027441111000039909648** w terminie do dnia 10-go każdego miesiąca.

……..

Podpis Dyrektora

Otrzymują:
1x Wnioskodawca-Pan …….. z zał. informacją szczegółową w sprawie warunków przyjęcia i zasad funkcjonowania Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Nowej Dębie.
1x a/a.
do wiadomości:
1x Lekarz kierujący wnioskodawcę do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Nowej Dębie lek. med. ……..
1x Kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Nowej Dębie.
1x Dział Ekonomiczno-Finansowy SPZZOZ w Nowej Dębie.