

„HELP- MED”

Zakład Opiekuńczo- Leczniczy

Wymagane dokumenty przy przyjęciu do ZOL „HELP- MED” w Raciborowicach

1. **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** (druk wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego)
2. **WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI** (wypełnia pielęgniarka środowiskowa lub szpitalna)
3. **SKALA BARTEL** (wypełnia lekarz POZ lub lekarz szpitalny)
4. **BADANIA** (OB, morfologia krwi, płytki, mocz- ogólne, cukier w moczu, rtg płuc, WR, aktualne EKG, ewentualna karta przebiegu leczenia szpitalnego, **aktualny wynik badania przesiewowego w kierunku CPE** (Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae))
5. **ODCINEK EMERYTURY LUB RENTY ORAZ DECYZJA ZUS LUB KRUS** o przyznaniu świadczenia, ewentualnie decyzja o przyznaniu zasiłku stałego z Ośrodka Pomocy Społecznej.
6. **KSEROKOPIA LEGITYMACJI EMERYTA-RENCISTY**
Po dostarczeniu w/w dokumentów i zakwalifikowaniu chorego do leczenia ustalany jest termin przyjęcia do ZOL.

Regulamin przyjęć

1. W dniu przyjęcia pacjenta do Zakładu obowiązkowa jest :
 - obecność członka rodziny lub opiekuna pacjenta z dowodami tożsamości,
 - dostarczenie dotychczasowej dokumentacji medycznej (ksero kart wypisowych ze szpitala, wyników badań diagnostycznych, informacji o leczeniu farmakologicznym)
2. W dniu przyjęcia należy wnieść opłatę za 30- dniowy pobyt pacjenta zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 30.12.1998 r. Dz. U.98 Nr.166 poz.265 z późn.zm.
Za niewykorzystane osobodni następuje zwrot pieniędzy w ciągu 14 dni od daty wypisu pacjenta.
3. Pacjent powinien posiadać:
 - zestaw toaletowy (przybory do higieny jamy ustnej, 2 gąbki, mydło, 2 ręczniki, przybory do golenia, chusteczki jednorazowe wilgotne, szampon do włosów, dezodorant, oliwkę do ciała)
 - piżamę, koszulę nocną, skarpety, dresy lub ubiór sportowy, stabilne obuwie.
4. Rodzina zobowiązana jest do wymiany bielizny prywatnej pacjenta.
5. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe pacjenta, które nie zostały zostawione w depozycie.
6. Zakład nie wyraża zgody na dodatkowe zabiegi, konsultacje oraz rehabilitację, która nie została zalecona przez lekarza prowadzącego.
7. Za ewentualne zniszczenia przedmiotów, rzeczy będących własnością ZOL przez pacjenta odpowiedzialność finansową ponosi sam pacjent lub rodzina pacjenta.
8. Na terenie Zakładu obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu pod groźbą natychmiastowego wypisu.
9. Księga skarg i wniosków znajduje się w recepcji. Natomiast Karta Praw Pacjenta w recepcji oraz gabinecie zabiegowym.
10. Zakaz dostarczania pacjentom produktów spożywczych. Wyjątek stanowi woda mineralna.

.....
Podpis własnoręczny pacjenta lub opiekuna

Kontakt:
44 616 88 27 lub 00
44 617 58 26 (fax)
helpmed@helpmed.pl

Adres:
„ Help- Med”
Raciborowice 66
97-310 Moszczenica
www.helpmed.pl

Konto:
PKO BANK POLSKI S.A.
29 1020 3408 0000 4002 0133 2154
„ HELP-MED” Sp. z o.o.
91-362 Łódź ul. Zgierska 240