

# **Zestaw dokumentów wymaganych**

do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego "Pokój i Dobro"

## **Dokumenty Pensjonariusza przychodzącego z domu rodzinnego:**

1. Zaświadczenie lekarza rodzinnego o aktualnym stanie zdrowia;
2. Karta oceny kandydata do ZPO według skali Bartel;
3. Jeżeli pacjent jest pod opieką lekarzy specjalistów - zaświadczenia z poradni specjalistycznych (*okulistyczna, neurologiczna, urologiczna itp.*) o przyjmowanych lekach i o ewentualnej kontynuacji leczenia;
4. Kwestionariusz osobowy kandydata na pensjonariusza;
5. Umowa;
6. Upoważnienia i zgody podpisane przez pensjonariusza, a jeśli nie może to przez opiekuna prawnego / faktycznego;
  - Upoważnienie osoby do wglądu w dokumentację medyczną i do kontaktu w sprawach osobistych pensjonariusza;
  - zgoda na pobyt w ZPO "Pokój i Dobro";
  - zgoda na gromadzenie danych osobowych;
7. Ksero dowodu osobistego, legitymacji ZUS i innych ważnych dokumentów osobistych;
8. Ksero dokumentów z wcześniej przebytego leczenia.
9. Ksero orzeczenia niepełnosprawności.
- 10.** Ksero dokumentu notarialnego opiekuna prawnego.

\*\*\*\*\*

- 11. Dokumenty Pensjonariusza przychodzącego ze szpitala:** – zamiast dokumentów wymienionych w punkcie 1, 2, 3 wymagana jest aktualna Karta wypisu chorego ze szpitala.

# KARTA OCENY OSOBY PRZYJMOWANEJ DO ZPO „POKÓJ I DOBRO”

## Według skali Bartel

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Lp	Nazwa czynności *	Wartość punktowa
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się / z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5 = potrzebuje pomocy przy wykonaniu czynności higienicznych 10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = nie korzysta w ogóle z toalety 5 = potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0 = wymaga pomocy 5 = samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = w ogóle nie porusza się 5 = niezależny na wózku, porusza się na odległość do 50m 10 = poruszanie się z pomocą jednej osoby 15 = niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także z laską	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 = samodzielny, niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązaniu sznurowadeł	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadycznie popuszcza / zdarzenia przypadkowe 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany 5 = sporadycznie popuszcza / zdarzenia przypadkowe / 10 = kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji ***		

.....  
Data, podpis pielęgniarki

\* wybrać i podkreślić jedną z możliwości, najlepiej opisującą stan Osoby przyjmowanej do ZPO

\*\* wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\* wpisać uzyskaną sumę punktów

## UMOWA zawarta w dniu ..... r. w Otwocku,

pomiędzy ....., PESEL .....,  
 zamieszkałym/-ą w ..... zwanym dalej Opiekunem,

a

Zakładem Pielęgnacyjno Opiekuńczym „Pokój i Dobro” z siedzibą w Otwocku,  
 przy ul. Żeromskiego 23, wpisanym do Rejestru Podmiotów Leczniczych Wojewody  
 Mazowieckiego pod numerem 0000 0000 8912, prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr  
 Wynagrodzicielek Najświętszego Oblicza, reprezentowanym przez  
 Hanne Szymborską – Dyrektora Zakładu, zwanym dalej ZPO „Pokój i Dobro”

Wolą stron jest zawarcie umowy o następującej treści:

- Opiekun dobrowolnie oddaje pod opiekę ZPO „Pokój i Dobro” Pana/-ią  
 ..... zam.  
 ..... PESEL  
 ..... dalej zwanego/-ą Pensjonariuszem, dla której Opiekun jest  
 ..... (*stopień pokrewieństwa*), a ZPO „Pokój i Dobro” zobowiązuje się  
 przyjąć Pensjonariusza **do pokoju 1-, 2-, 3-osobowego\***.
- ZPO „Pokój i Dobro” świadczyć będzie usługi wyłącznie na swoim terenie przy ul.  
 Żeromskiego 23 w Otwocku.
- Umowa zostaje zawarta na czas określony od ..... do ..... Jeśli  
 żadna ze stron nie wypowie trwania *Umowy*, automatycznie przedłużana jest na czas  
 nieokreślony. Pobyt Pensjonariusza w ZPO „Pokój i Dobro” rozpoczyna się w dniu .....
- Za świadczenia pielęgnacyjno - opiekuńcze obejmujące zwłaszcza stałą, całodobową pieczę i  
 opiekę nad Pensjonariuszem, czuwanie i pilnowanie terminowego przyjmowania przez  
 Pensjonariusza zaordynowanych przez lekarza preparatów, Opiekun zobowiązuje się uiszczać  
 na rzecz ZPO „Pokój i Dobro” miesięcznie kwotę ..... zł (*słownie:*  
 ..... ). **Wynagrodzenie to płatne  
 będzie z góry do 5-ego dnia każdego miesiąca:** przelewem bankowym na rachunek  
 bankowy nr **18 1240 2119 1111 0010 5629 6061** lub w kasie ZPO „Pokój i Dobro”, z  
 tym zastrzeżeniem, że pierwsza wpłata nastąpi w dniu podpisania niniejszej Umowy.
- W trakcie pobytu Pensjonariusza w ZPO „Pokój i Dobro” Opiekun zobowiązuje się pokryć  
 koszty leków, środków opatrunkowych oraz kosmetyczno - higienicznych niezbędnych do  
 prawidłowej realizacji zadań ZPO „Pokój i Dobro” wypływających z Umowy.
- Dowodem księgowym poniesionych kosztów jest rachunek uproszczony, wystawiany za każdy  
 miesiąc przez ZPO „Pokój i Dobro”.
- Wymieniona w pkt. 4 **kwota będzie ulegać waloryzacji raz w roku**, nie później niż do  
 dnia 31 marca każdego roku, o kwotę konieczną do pokrycia kosztów związanych z  
 działalnością ZPO „Pokój i Dobro”, potwierdzona przez obydwie strony w formie  
 **ANEKSU do Umowy**.
- Opiekun i/lub Pensjonariusz mogą zrezygnować z usług ZPO „Pokój i Dobro” poprzez  
 złożenie w dowolnej formie oświadczenia o swej rezygnacji, które jest równoznaczne z  
 rozwiązaniem Umowy. Oświadczenie to powinno być złożone z 14. dniowym

wyprzedzeniem. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku przez Opiekuna zobowiązany jest on do zapłaty kary umownej w wysokości 50% kwoty, o której mowa w ust. 4.

9. W przypadku złożenia oświadczenia o rezygnacji przez Pensjonariusza, ZPO „Pokój i Dobro” w terminie 3 dni powiadomi o tym fakcie Opiekuna, który w terminie 7 dni może również złożyć oświadczenie o rezygnacji, które będzie traktowane jako rozwiązanie umowy. Jeśli Opiekun nie złoży w tym terminie oświadczenia o rezygnacji, wówczas Zakład ZPO „Pokój i Dobro” może rozwiązać umowę w trybie określonym w pkt 15.
10. W przypadku rezygnacji z usług bądź śmierci Pensjonariusza w pierwszej połowie miesiąca kwoty już wpłacone będą zwrócone w wysokości 50%, a w drugiej połowie miesiąca zgodnie z umową nie podlegają zwrotowi.
11. W trakcie pobytu Pensjonariusz jest zobowiązany podporządkować się wewnętrznym regulaminom Zakładu. Jednak nie jest on w żaden sposób ograniczony w samodzielnym i swobodnym samostanowieniu o sobie, chyba, że jest niezdolny do podejmowania decyzji samodzielnie lub ubezwłasnowolniony prawnie to decyduje za niego opiekun faktyczny lub prawny.
12. ZPO „Pokój i Dobro” w żadnym wypadku nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek rzeczy lub pieniądze znajdujące się w posiadaniu lub dyspozycji Pensjonariusza.
13. W przypadku, gdy Opiekun zdecyduje się oddać Pensjonariusza, w trakcie jego pobytu w ZPO „Pokój i Dobro”, pod opiekę innych niż ZPO „Pokój i Dobro” podmiotów oferujących świadczenia opieki zdrowotnej zobowiązuje się pokryć związane z tym wszelkie koszty, zwłaszcza koszty transportu, badań itp.
14. W przypadku zgonu Pensjonariusza Opiekun faktyczny - członek rodziny lub opiekun prawny - wskazani w Kwestionariuszu, zobowiązani są do zorganizowania i pokrycia kosztów pogrzebu i pochówku. W przypadku, gdy pogrzeb i pochówek zorganizuje i pokryje jego koszty ZPO „Pokój i Dobro”, osoby wymienione w zdaniu pierwszym ponosić będą solidarną odpowiedzialność względem ZPO „Pokój i Dobro” za zwrot kosztów z tym związanych, a poniesionych i udokumentowanych przez ZPO „Pokój i Dobro”.
15. W przypadku, gdy Opiekun spóźnia się z wpłatą kwoty wskazanej w pkt 4 za co najmniej jeden okres rozliczeniowy, ZPO „Pokój i Dobro” może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia, poprzez złożenie Opiekunowi pisemnego oświadczenia w tym zakresie. W przypadku rozwiązania umowy w trybie określonym w zdaniu pierwszym Opiekun zobowiązany jest zabrać Pensjonariusza z ZPO „Pokój i Dobro” w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia o rozwiązaniu umowy.
16. ZPO „Pokój i Dobro” ma prawo rozwiązać niniejszą umowę zawsze w przypadku zmiany przepisów prawa wpływających na sposób funkcjonowania zakładów pielęgnacyjno - opiekuńczych.
17. Opiekun i Pensjonariusz zobowiązani są do zapoznania się z treścią *Regulaminu* ZPO „Pokój i Dobro” i pisemnym oświadczeniem zobowiązują się do przestrzegania jego postanowień. Zmiana ww. *Regulaminu* nie powoduje konieczności zmiany niniejszej umowy. W razie rozbieżności pomiędzy treścią *Umowy* i treścią *Regulaminu* postanowienia *Regulaminu* mają pierwszeństwo. O każdej zmianie *Regulaminu* ZPO „Pokój i Dobro” powiadomi Opiekuna i Pensjonariusza.
18. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie znajdują postanowienia *Regulaminu* ZPO „Pokój i Dobro” oraz przepisy powszechnie obowiązującego prawa, zwłaszcza ustawy *Kodeksu Cywilnego*.
19. Przed przyjęciem do ZPO „Pokój i Dobro” Opiekun zobowiązany jest wypełnić Kwestionariusz, stanowiący Załącznik nr 1 do Umowy.

Otwock, dnia .....

Załącznik nr 1 do Umowy

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY kandydata na PENSJONARIUSZA

Imię i nazwisko			
Nazwisko rodowe			
Imiona i nazwiska rodowe rodziców			
Imię i nazwisko współmałżonka			
Data i miejsce urodzenia			
Dzień imienin			
Adres pobytu stałego			
Stan cywilny			
Wykształcenie			
Wykonywany zawód			
Orzeczenie niepełnosprawności	Tak / Nie		
Seria i numer dowodu osobistego		PESEL	
Data przyjęcia			
Adres rodziny do korespondencji			
Adres mailowy rodziny			
Nazwisko i imię Opiekuna podpisującego Umowę,	Stopień pokrewieństwa	PESEL	TELEFON
.....	.....	.....	.....
Nazwisko i imię osoby do kontaktu w sprawie stanu zdrowia Pensjonariusza	Stopień pokrewieństwa	PESEL	TELEFON
1.			
2.			
3.			
Uwagi			

Oświadczam, podane powyżej dane są rzetelne, prawdziwe i aktualne

-----  
data i podpis Pensjonariusza lub Opiekuna podpisującego Umowę

Otwock, dnia \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/-a \_\_\_\_\_ zamieszkały  
w \_\_\_\_\_, legitymujący/-a się dowodem osobistym  
nr \_\_\_\_\_, posiadający/-a PESEL \_\_\_\_\_,  
będący/a „Pensjonariuszem” niniejszym

- wyrażam zgodę na korzystanie z udzielanych przez Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy „Pokój i Dobro” znajdujący się w Otwocku przy ul. Żeromskiego 23 świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących w szczególności czynności związane z pielęgnacją i opieką pielęgniarstwa, badaniami diagnostycznymi, dietą i rehabilitacją oraz stosowaniem leków. W przypadku konieczności przeprowadzenia badań i leczenia zabiegowego w trybie niezbędnym dla ratowania życia, wyrażam zgodę na ich wykonanie zgodnie z obecnym stanem wiedzy medycznej.
- wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących Pensjonariusza przez ZPO „Pokój i Dobro” w Otwocku przy ul. Żeromskiego 23 zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) – por. załącznik: *Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych pensjonariuszy ZPO „Pokój i Dobro”*.
- upoważniam Pana/Panią \_\_\_\_\_ ,  
zamieszkałego/-ą w \_\_\_\_\_ ,  
legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr \_\_\_\_\_ ,  
posiadającego/-ą PESEL \_\_\_\_\_, nr telefonu \_\_\_\_\_  
do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych Pensjonariuszowi przez ZPO „Pokój i Dobro” świadczeniach zdrowotnych oraz do otrzymania dokumentacji w przypadku śmierci Pensjonariusza.

\_\_\_\_\_  
*Podpis Pensjonariusza*

Otwock, dnia .....

## OŚWIADCZENIA

### OPIEKUNA prawnego / faktycznego

Ja niżej podpisany/-a .....  
zamieszkały/ -a w .....  
posiadający/-a PESEL ..... nr telefonu .....

oświadczam, że jestem faktycznym / ustawowym **przedstawicielem Pana/Pani**

.....  
zamieszkałego/-ej w .....  
legitymującego/-ej się dowodem osobistym nr .....  
posiadającego/-ej PESEL ..... będącym/-ej **Pensjonariuszem** niniejszym

- **wyrażam zgodę** na korzystanie z udzielanych przez Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy „Pokój i Dobro” znajdujący się w Otwocku przy ul. Żeromskiego 23 świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących w szczególności czynności związane z pielęgnacją i opieką pielęgniarstwa, badaniami diagnostycznymi, dietą i rehabilitacją oraz stosowaniem leków. W przypadku konieczności przeprowadzenia badań i leczenia zabiegowego w trybie niezbędnym dla ratowania życia, wyrażam zgodę na ich wykonanie zgodnie z obecnym stanem wiedzy medycznej.
- **wyrażam zgodę** na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących Pensjonariusza przez ZPO „Pokój i Dobro” w Otwocku przy ul. Żeromskiego 23 zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) – por. załącznik: *Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych pensjonariuszy ZPO „Pokój i Dobro”*.
- niniejszym **upoważniam** Pana/Panią .....  
zamieszkałego/-ą w .....  
legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr .....  
posiadającego/-ą PESEL ..... nr telefonu .....  
do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych Pensjonariuszowi przez ZPO „Pokój i Dobro” świadczeniach zdrowotnych oraz do otrzymania dokumentacji w przypadku śmierci Pensjonariusza.

.....  
Podpis ustawowego / faktycznego przedstawiciela