**Ocena upravičenosti za premestitev pacienta v zdravstveno negovalno enoto socialnovarstvenega zavoda oziroma izvajalca dolgotrajne oskrbe v instituciji (v nadaljnjem besedilu: ZNE)«[[1]](#footnote-1)**

Ime in priimek pacienta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek kontaktne osebe pacienta (prepis iz zdravstvene dokumentacije): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GSM kontaktne osebe pacienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Elektronski naslov kontaktne osebe pacienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek kontaktne osebe, kjer je bil pacient hospitaliziran in telefonska številka oddelka bolnišnice: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ocena izpolnjevanja pogojev za premestitev v ZNE:**

1. bolnišnično zdravljenje pacienta je zaključeno:

[ ]  DA [ ]  NE (če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti v ZNE)

2. pacient je zdravstveno stabilen in bi bil, če bi mu bilo potrebne storitve mogoče zagotavljati v domačem okolju, lahko odpuščen domov:

[ ]  DA [ ]  NE (če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti v ZNE)

3. pacient potrebuje venozno aplikacijo visoko tveganih zdravil:

[ ]  DA [ ]  NE (če je odgovor DA, pacienta ni mogoče v ZNE)

4. pacient potrebuje aplikacijo kisika v volumnu več kot 5 litrov na minuto:

[ ]  DA [ ]  NE (če je odgovor DA, pacienta ni mogoče v ZNE)

5. pacient je kljub morebitnim težavam na področju duševnega zdravja vodljiv in ne ogroža sebe ali drugih (ne potrebuje namestitve na varovani oddelek v skladu z zakonom, ki ureja duševno zdravje):

[ ]  DA [ ]  NE

|  |
| --- |
| Morebitne druge informacije (vpišite) |

6. pacient oziroma njegov zakoniti zastopnik, skrbnik ali pooblaščenec soglaša s premestitvijo iz ZNE:

[ ]  DA [ ]  NE

7. socialna služba bolnišnice je preverila možnost odpusta pacienta v domače okolje oziroma možnost zagotavljanja potrebnih storitev zdravstvene nege in oskrbe pri izvajalcih v sistemu zdravstva in socialnega varstva v javni mreži, vendar potrebne oskrbe v drugi obliki pacientu ni bilo mogoče zagotoviti:

[ ]  DA [ ]  NE (če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti v ZNE)

|  |
| --- |
| Razvid aktivnosti socialne službe bolnišnice (vpišite) |

8. Pacient je seznanjen, da:

− stroške osnovne in socialne oskrbe[[2]](#footnote-2) oziroma stroškov bivanja in prehrane pri izvajalcu dolgotrajne oskrbe v instituciji v ZNE nosi sam oziroma njegov zavezanec za plačilo[[3]](#footnote-3)

☐ DA ☐ NE

9. z vodjo ZNE je bil opravljen razgovor o premestitvi pacienta in dogovorjen datum sprejema v ZNE

[ ]  DA, in sicer dne:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  NE

(če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti v ZNE)

10. vodja ZNE oziroma diplomirana medicinska sestra ZNE je bila pred sprejemom pacienta seznanjena s potrebnimi medicinskimi pripomočki in posegi pri pacientu in je usposobljena za izvedbo zahtevnejših postopkov zdravstvene nege, ki jih pacient potrebuje.

[ ]  DA [ ]  NE (če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu na zdravstveno negovalno enoto ZNE)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum ocene upravičenosti:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek (tiskano) ter podpis zdravnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek (tiskano) ter podpis diplomirane medicinske sestre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek (tiskano) ter podpis diplomiranega fizioterapevta oziroma diplomiranega delovnega terapevta, ki so opravili oceno:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Žig izvajalca zdravstvene dejavnosti:

Ime in priimek (tiskano) ter podpis pacienta oziroma zakonitega zastopnika, skrbnika ali pooblaščenca pacienta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(obkrožite status osebe)

Podpis:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Izpolnjena in podpisana **Ocena upravičenosti za premestitev pacienta v »Zdravstveno negovalno enoto«** je del spremne dokumentacije pacienta ob premestitvi v ZNE.

**Obvezne priloge**:

* izjava GDPR svojca, skrbnika, za posredovanje njegovih kontaktnih podatkov ( da se strinja z uporabo in posredovanjem svojih osebnih podatkov za potrebe projekta in obravnave pacienta)
* izvid laboratorijske preiskave na MRSA, ESBL, VRE, karbapenemaze, ipd.
* odpustna dokumentacija po zaključenem bolnišničnem zdravljenju,
* navodilo za prejemanje zdravil,
* e-recepti za vso aktualno terapijo vsaj za en mesec,
* specifični medicinski pripomočki za en mesec,
* poročilo službe zdravstvene nege,
* poročilo službe fizioterapije oziroma delovne terapije z vključenimi predlogi nadaljnje obravnave.

**Privolitev upravičenca v obravnavo v ZNE, seznanitev s pogoji izvajanja in roki**

Podpisani (ime in priimek upravičenec/ka) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sem bil/a dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_s strani lečečega zdravnika/ce (ime in priimek) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_seznanjen z oceno zdravstvenega stanja, zaključenim zdravljenjem in predlogom za namestitev v ZNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na naslovu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki izvaja celodnevno institucionalno varstvo v javni mreži, in v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno dejavnost, opravlja tudi zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo.

Seznanjen sem, da stroške osnovne in socialne oskrbe v ZNE, plačam sam.

Seznanjen sem, da gre za namestitev s trajanjem do zaključka projekta 31.12. 2028.

Podpis upravičenca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Če ima upravičenec določenega zakonitega zastopnika, skrbnika oziroma pooblaščenca:**

Podpisani zakoniti zastopnik (ime in priimek) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sem bil/a za upravičenca/ke (ime in priimek) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ s strani lečeče-ga zdravnika/ce (ime in priimek) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ seznanjen/a z oceno zdravstvenega stanja, zaključenim zdravljenjem in predlogom za premestitev v ZNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na naslovu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki izvaja celodnevno institucionalno varstvo v javni mreži, in v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno dejavnost, opravlja tudi zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo.

Seznanjen/a sem, da stroške osnovne in socialne oskrbe v ZNE, uporabnik plača sam oziroma njegov zavezanec za plačilo.

Seznanjen sem, da gre za namestitev s trajanjem do zaključka projekta 31.12. 2028.

Podpis zakonitega zastopnika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. MZ, ob soglasju ministrstva, pristojnega za institucionalno varstvo v primeru ugotovljene potrebe, obrazec lahko dopolni ali spremeni. [↑](#footnote-ref-1)
2. V skladu z standardi za izvajanje posameznih vrst oskrbe in kriterije za določitev vrst oskrbe glede na potrebe uporabnikov storitve za področje institucionalnega varstva v posebnih socialnovarstvenih zavodih (Uradni list 96/22) oziroma s predpisi s področja dolgotrajne oskrbe. [↑](#footnote-ref-2)
3. Uredba o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialno varstvenih storitev (Uradni list RS, št. [110/04](https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2004-01-4596), [124/04](https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2004-01-5190), [114/06](https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2006-01-4833) – ZUTPG, [62/10](https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2010-01-3387) – ZUPJS, [99/13](https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2013-01-3548) – ZUPJS-C in [42/15](https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2015-01-1762)), dostopna na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=URED3348>. [↑](#footnote-ref-3)