

**o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego
Wojewódzkiego szpitala Neuropsychiatrycznego
im. dr Emila Cyrana w Lublińcu**

I. DANE PERSONALNE OSOBY Ubiegającej się o Miejsce w ZOL-P	
IMIĘ / IMIONA / -	
NAZWISKO -	
IMIONA RODZICÓW -	
NAZWISKO RODOWE MATKI -	
DATA URODZENIA -	
MIEJSCE URODZENIA -	
PESEL :	
STAN CYWILNY :	
DOWÓD OSOBISTY / SERIA,NUMER, PRZES KOGO WYDANY,TERMIN WAŻNOŚCI/:	
ADRES ZAMIESZKANIA / KOD,MIEJSCOWOŚĆ,ULICA,WOJEWÓDZTWO/	
TELEFON KONTAKTOWY	
ŹRÓDŁO UTRZYMANIA / EMERYTURA,RENTA,ZASIŁEK STAŁY/	
Do wniosku należy dołączyć aktualną decyzję emerytalno – rentową, bądź z zasiłku stałego.	
Do wniosku należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności jeśli w/wym. Takie posiada	
CZY OSOBA JEST UBEZWŁASNOWOLNIONA: TAK.....NIE...../ zakreśl właściwe/	
częściowo	całkowicie
II. DANE PERSONALNE OPIEKUNA PRAWNEGO LUB KURATORA:	
IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
TELEFON KONTAKTOWY	
Do wniosku należy dołączyć kserokopię postanowienia Sądu o ubezwłasnowolnieniu oraz o ustanowieniu opiekuna	
W przypadku osoby umieszczanej postanowieniem Sądu dołączyć kserokopię postanowienia sądowego	

III. DANE PERSONALNE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
IMIĘ I NAZWISKO
ADRES ZAMIESZKANIA
TELEFON KONTAKTOWY
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA -
<u>OSOBA PRZY PRZYJĘCIU POWINNA POSIADAĆ AKTUALNY DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</u>
IV. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO SKIEROWANIE
IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA
ADRES DO KORESPONDENCJI
TELEFON KONTAKTOWY DO LEKARZA
ROZPOZNANIE PSYCHIATRYCZNE / wg 4-znakowego kodu zgodnie z kwalifikacją ICD-10/
ROZPOZNANIE WSPÓŁISTNIEJĄCE
Określić termin pobytu w ZOL-u / pobyt stały, na czas określony/

.....
 PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/KURATORA

.....
 DATA, PODPIS OSOBY KIEROWANEJ DO ZOL-P

- Załączniki:
1. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego
 2. Zaświadczenie lekarskie.
 3. Wywiad pielęgniarzki.
 4. Oświadczenie 2 szt.
 5. Badania.
 6. skala ADL.
 7. Wywiad socjalny.

.....
(oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

.....
(miejscowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

Po osobistym zbadaniu:

- za zgodą / bez zgody*,

- za zgodą / bez zgody * przedstawiciela ustawowego,

kieruję do szpitala psychiatrycznego Panią/Pana*
(imię i nazwisko)

zamieszkałą (-ego) w:
.....
(adres zamieszkania)

1. Numer PESEL, w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia

2. Osoba badana jest/nie jest ubezwłasnowolniona częściowo/całkowicie/brak danych*.

3. Osoba sprawująca opiekę faktyczną, jeżeli dotyczy:
(imię i nazwisko, adres)

4. Przedstawiciel ustawowy, jeżeli dotyczy:
(imię i nazwisko, adres)

5. Rozpoznanie:
.....
.....

6. Inne informacje uzasadniające potrzebę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, w tym dotyczące dotychczas stosowanego leczenia, jeżeli dotyczy:
.....
.....

.....
(imię i nazwisko, specjalizacja,
nr prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza)

*) Odpowiednie zakreślić.

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego

.....

rok urodzenia.....

adres.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

.....

.....

II. Badanie przedmiotowe: waga....., wzrost....., ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe 2.

Układ oddechowy

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny* , ciśnienie krwi, tętno/ min

4. Układ trawienia

5. Układ moczowo-płciowy.....

.....

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów.....

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza)

.....

.....

.....

9. Schorzenie współistniejące

a) choroba : tak – nie* , jeśli tak , to jaka?.....

.....

b) gruźlica: tak – nie* , jeśli tak, to czy w stadium zakażenia: tak – nie* ,

c) narkomania: tak – nie*

d) choroba psychiczna: tak – nie* , jeśli tak, to jaka?.....

.....

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji, i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji*

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego: wyrażam – nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
data i podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego

.....
pieczęć, podpis lekarza, data

*niepotrzebne skreślić

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

CZĘŚĆ 1. STRUKTURA RODZINY

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia

Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Miejsce zamieszkania	Stan zdrowia

CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej						Liczba punktów
Oddzielne mieszkanie	0	Oddzielny pokój	2	Pokój wspólny z innymi osobami	3	
Usytuowanie mieszkania - parter	0	Powyżej parteru z windą	2	Powyżej parteru bez windy	3	
Ogrzewanie C.O.	0	Ogrzewanie węglowe	2	Brak stałego ogrzewania	3	
Pełny dostęp do łazienki	0	Ograniczony dostęp do łazienki	2	Brak łazienki	3	
Pełny dostęp do WC	0	Ograniczony dostęp do WC	2	Dostęp do WC poza budynkiem	3	
Pełny dostęp do kuchni	0	Ograniczony dostęp do kuchni	2	Brak dostępu do kuchni	3	
Warunki higieniczne bardzo dobre; mieszkanie / pokój*: czyste, suche, widne, przestronne*	0	Warunki higieniczne zadowalające; mieszkanie / pokój* dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne*	2	Warunki higieniczne złe; mieszkanie / pokój* zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni*	3	
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nieprzystosowane	3	
SUMA PUNKTÓW						

a) sytuacja bardzo dobra: 0-4 pkt –kategoria A

b) sytuacja zadowalająca: 5-10 pkt – kategoria B

c) sytuacja zła: 11-25 pkt – kategoria C

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY / ŚRODOWISKA

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria*
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny – pełna zależność od osób obcych	C

*właściwe podkreślić

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria*
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny – pełna zależność od osób obcych	C

*właściwe podkreślić

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4

--	--	--

podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad

data

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*)

Wyrażam / nie wyrażam*) zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu

data i podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego

*niepotrzebne skreślić

.....
imię i nazwisko

Lubliniec, dnia

.....
Adres

.....

OŚWIADCZENIE

Stosowanie do treści art. 23 ust. 1 pkt 1 z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883 z 1997 r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również i w przyszłości w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczeniu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr Emila Cyrana w Lublińcu.

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
IMIĘ I NAZWISKO

.....
LUBLINIEC, DATA

.....
ADRES
.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr Emila Cyrana w Lublińcu i na ponoszenie opłaty za wyżywienie i zakwaterowanie w wyżej wymienionym zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Art.219 ust.1 pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654) w związku z art. 34a ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91 , poz. 408 z późn. zm.).

.....
Podpis opiekuna prawnego/kuratora lub
opiekuna prawnego/

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

Badania wymagane przed przyjęciem do ZOL Psychiatrycznego w Lublińcu	
Badania	Wyniki
OB	
Morfologia	
Poziom cukru	
WR	
HbsAg	
Badanie ogólne moczu	
RTG klatki piersiowej	

.....
podpis lekarza

SKALA ADL (ocena aktywności dnia codziennego)

I. KĄPIEL /natrysk, wanna/	pkt
1. Całkowita samodzielność	1
2. Niewielka pomoc	2
3. Znaczna pomoc	3
II. UBIERANIE /wkładanie, zdejmowanie bielizny/	
1. Całkowita samodzielność	1
2. Niewielka pomoc	2
3. Znaczna pomoc	3
III. TOALETA	
1. Samodzielne pójście do WC	1
2. Sygnalizowanie potrzeb	2
3. Brak samodzielności	3
IV. KONTROLA ZWIERACZY	
1. Całkowita kontrola zwieraczy	1
2. Częściowy brak kontroli	2
3. Całkowity brak kontroli, założenie cewnika	3
V. KARMIENIE	
1. Całkowita samodzielność	1
2. Niewielka pomoc	2
3. Brak samodzielności	3
VI. PORUSZANIE	
1. Całkowita samodzielność	1
2. Kładzenie lub wstawanie z łóżka, krzesło do pomocy	2
3. Stałe przebywanie w łóżku	3
SUMA PUNKTÓW	

W punktach od I – VI należy wybrać jedną z możliwości najlepiej odzwierciedlającą stan pacjenta. Sumę punktów podać na końcu.

WYWIAD SOCJALNY
dot. osoby skierowanej
do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
Psychiatrycznego w Lublińcu

I. Dane osoby

Imię, Nazwisko.....

Data urodzenia.....

II. Sytuacja osoby

- mieszkaniowa / czy posiada mieszkanie lub dom , jeśli tak to jakie i kto opłaca czynsz ?/

.....
.....
.....
.....

-z kim mieszka? /sam, z rodziną, inne- jakie?/

.....
.....
.....
.....

-czy posiada telefon? /kto opłaca rachunki?/

.....
.....
.....
.....

-czy opłaca sobie PZU, /bądź inne ubezpieczenie?/

.....
.....
.....
.....

-czy osoba posiada opiekuna ? /faktycznego, prawnego, kuratora, doradcę tymczasowego/

.....
.....
.....
.....

-jeśli nie posiada opiekuna , to kto jest uprawniony do załatwienia spraw finansowych pacjenta?

.....
.....
.....
.....

-proszę o przedstawienie sytuacji materialnej pacjenta /emerytura, renta, zasiłek stały, inne dochody/

.....
.....
.....
.....

-czy osoba posiada jakieś obciążenia finansowe /alimenty, raty, zajęcia komornicze, inne- jakie?/

.....
.....
.....
.....

-czy został złożony wniosek do innej instytucji opiekuńczej /jeśli tak, podać datę złożenia i instytucję/

.....
.....
.....
.....

Dane osoby z którą został przeprowadzony wywiad /stopień pokrewieństwa/

.....
.....

.....
Data, podpis osoby z którą przeprowadzono wywiad

.....
data, podpis osoby przeprowadzającej wywiad