**WNIOSEK**

# 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, PRZEZ KOGO WYDANY,TERMIN WAŻNOŚCI/: |
| ADRES ZAMIESZKANIA / KOD,MIEJSCOWOŚĆ,ULICA,WOJEWÓDZTWO/ |
| TELEFON KONTAKTOWY |
| ŹRÓDŁO UTRZYMANIA / EMERYTURA,RENTA,ZASIŁEK STAŁY/ |
| Do wniosku należy dołączyć aktualną decyzje 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 I 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 - |
| ***OSOBA PRZY PRZYJĘCIU POWINNA POSIADAĆ AKTUALNY DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE*** |
| **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 pielęgniarski. 4.Oswiadczenie 2 szt. 5.Badania.

1. skala ADL. 7.Wywiad socjalny.

……………………………………………………………………….. ……………………………………………………

(pieczęć podmiotu leczniczego lub praktyki lekarskiej) (miejscowość, data, godzina)

### SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

……………………………………………………………………………………………..

(nazwa i adres)

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję do szpitala psychiatrycznego

Panią/Pana: …………………………………………………………………………………………………………………………………………. córkę/syna: …………………………………………………………………………………………………………………………………………. ur. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. zamieszkałą(ego) samotnie/wspólnie z innymi osobami w:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* 1. Stan cywilny:
		1. Panna/kawaler, 2) zamężna/żonaty, 3) wdowa/wdowiec, 4) rozwiedziona(y), 5) brak danych
	2. Zatrudnienie:
		1. czynna(y) zawodowo, 2) emeryt(ka)/rencista(ka), 3) na utrzymaniu innych osób, 4)bezrobotna(y), 5)utrzymuje się z innych źródeł, 6)brak danych
	3. Wykształcenie:
		1. podstawowe, 2)zawodowe, 3)średnie, 4)wyższe, 5)inne/niepełne, 6)brak danych
	4. Rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej: ……………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… 5. PESEL (jeżeli posiada)………………………………………………………………………………………………………………….

1. Osoba badana jest/nie jest ubezwłasnowolniona częściowo /całkowicie/brak danych
2. Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego (art. 46 ust. 1 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego:

1)małżonek: ……………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………… (imię, nazwisko, adres)

2)osoba sprawująca opiekę faktyczną: ……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………… (imię, nazwisko, adres)

3)przedstawiciel ustawowy: ……………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………… (imię, nazwisko, adres)

8. Wywiad od osoby badanej: ………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. 9. Wywiad od rodziny i innych osób: ………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. 10. Ocena stanu fizycznego: ……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. 11. Ocena stanu psychicznego: ……………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. 12. Rozpoznanie wstępne: ………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Stwierdzam że:
	1. osoba badana zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób Uzasadnienie: …………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. nieprzyjęcie osoby badanej do szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego,
	2. osoba badana jest niezdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych z powodu choroby psychicznej, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.
1. Skierowanie jest ważne 14 (czternaście) dni od daty wystawienia.

Wskazany okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164,poz 1027, z późn. zm.), w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania.

………………………………………………..

(podpis i pieczątka lekarza)

*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…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. 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 ) …………………..……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Schorzenie współistniejące

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

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

* 1. gruźlica: tak – nie\* , jeśli tak, to czy w stadium zakażenia: tak – nie\*,
	2. 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 pieczęć, podpis lekarza, data lub jej przedstawiciela ustawowego

\*niepotrzebne skreślić

**WYWIAD PIELĘGNIARSKI**

### 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** |  |

1. **sytuacja bardzo dobra: 0-4 pkt –kategoria A**
2. **sytuacja zadowalająca: 5-10 pkt – kategoria B**
3. **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

…………………………………………………………. Lubliniec, dnia ……………………………….......

imię i nazwisko

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

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-Leczniczym 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-Leczniczym 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 Podpis osoby składającej oświadczenie opiekuna prawnego/

|  |
| --- |
| **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

### Dane osoby

Imię, Nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………… Data urodzenia…………………………………………………………………………………………………………………………………...

### 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