

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA  
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

o profilu psychiatrycznym

w Bolesławcu

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
Imię i nazwisko

.....tel. ....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....  
Data i miejsce urodzenia

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy/  
opiekuna prawnego/kuratora

W załączeniu wymagane dokumenty:

- 1). Skierowanie
- 2). Wywiad pielęgniarski
- 3). Oświadczenie o odpłatności
- 4). Kserokopia decyzji emerytalno-rentowej  
lub decyzja o przyznaniu zasiłku stałego
- 5). Kserokopia kart informacyjnych z pobytu w szpitalach

Zgodnie z &6 Rozp.MZ Dz.U.2012 poz.731, powyższe dokumenty nie są wymagane jeżeli Sąd Opiekuńczy wydał orzeczenie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZEGO\***

**Niniejszym kieruję:**

.....  
Imię i Nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....  
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....  
Nr telefonu do kontaktu

.....  
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....  
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10(choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....  
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie\*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca\*\*.....

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)\*

.....  
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię,nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

.....  
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy(imię,nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

**- do zakładu opiekuńczo – leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.**

Schorzenia współistniejące:(właściwe podkreślić)

a).choroba zakaźna tak/nie, jeśli tak to jaka?.....

b).gruźlica tak/nie jeśli tak to jaka?.....

c).narkomania tak/nie

d).inne.....

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga:(właściwe podkreślić)  
całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego , w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie.

\* Niepotrzebne skreślić

Bolesławiec.....

Imię.....

Nazwisko.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Pesel.....

Nr dowodu.....

## O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu, jednocześnie wyrażam **zgodę na odpłatność** za mój pobyt w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 30.12.1998r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo - leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz.U. Nr 166, poz. 1265) oraz Regulaminem Zakładu.

Nr świadczenia.....

Rodzaj świadczenia.....

Płatnik.....

.....  
(podpis pacjenta)

.....  
(podpis przedstawiciela ustawowego)

.....  
Stwierdzam własnoręcznie podpisu

## **ZASWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

lub pielęgniacyjno-opiekuńczego .....

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. Schorzenia współistniejące: \*)

a) choroba zakaźna tak – nie, jeśli tak to jaka?

b) gruźlica tak – nie, jeśli tak to czy w stadium zakaźnym tak – nie

c) narkomania tak – nie

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

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

IV. 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 i podpis lekarza, data)

\*) Niepotrzebne skreślić

Nazwisko i imię pacjenta.....

Czynność	Czy pacjent wymaga pomocy osoby drugiej w wykonywaniu poszczególnych czynności ?			
	Tak	Częściowej	Nie	Wynik badania
Spożywanie posiłków	0	5	10	
Przechodzenie z łóżka na wózek	0	5	15	
Utrzymanie higieny osobistej	0	0	5	
Korzystanie z WC	0	5	10	
Mycie, kąpiel całego ciała	0	0	5	
Przejście powyżej 50 m. (ew. przy pomocy sprzętu)	0	10	15	
Jazda na wózku inwalidzkim	0	5	10	
Ubieranie się i rozbieranie	0	5	10	
Kontrola zwieracza odbytu	0	5	10	
Kontrola zwieracza pęcherza moczowego	0	5	10	
			<b>SUMA</b>	

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

### CZĘŚĆ I. STRUKTURA RODZINY

#### Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie

L.p.	Imię i nazwisko	Wiek	pokrewieństwo	aktywność zawodowe	Stan zdrowia
1					
2					
3					
4					
5					

#### Pozostali członkowie najbliższej rodziny

L.p.	Imię i nazwisko	Wiek	pokrewieństwo	aktywność zawodowe	Stan zdrowia	Adres zamieszkania, el. kontaktowy
1						
2						
3						

### CZĘŚĆ II. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej					
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
Pełny dostęp do łazienki	0	Ograniczony dostęp do łazienki	2	Brak łazienki	3
Ogrzewanie CO	0	Ogrzewanie węglowe	2	Brak stałego ogrzewania	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, czyste 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 nie przystosowane	3
<b>Suma punktów</b>					

\*)właściwe podkreślić

- a) sytuacja bardzo dobra: **0-4 pkt kat. A**  
b) sytuacja zadowalająca: **5-10 pkt kat. B**  
c) sytuacja zła: **11- 25 pkt kat. C**

### CZĘŚĆ III. WYDOLNOŚĆ OPIEKUŃCZA RODZINY

Zakres wymaganej opieki	Kategoria*)
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny- pełna zależność od osób trzecich	C

\*)właściwe podkreślić

### CZĘŚĆ IV. ROZPOZNAWANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zakres wymaganej opieki	Kategoria*)
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgnarskiej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgnarskiej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgnarskiej	C

\*)właściwe podkreślić

**ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2- 4**

--	--	--

.....  
pieczęćka i podpis pielęgniarki prowadzącej wywiad

.....  
pieczęćka zakładu opieki zdrowotnej

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.*

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga\* skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ Zakładu pielęgnacyjno - Opiekuńczego\*.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza

Bolesławiec,.....

Nr opinii: ..../19

*Działając na podstawie Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia z dnia 25.czerwca 2012r.  
W sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych*

**OPINIUJĘ WNIOSEK DOTYCZĄCY:**

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym: .....

Data urodzenia: ..... w .....

Adres zamieszkania: .....  
.....

**OPINIA Komisji kwalifikującej::**

Na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej kwalifikuję w/w do pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym o profilu psychiatrycznym Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu. na czas określony do .....

.....  
(data i podpis Członków Komisji kwalifikującej)

.....  
(data i podpis Członków Komisji kwalifikującej)

.....  
(data i podpis Przewodniczącego Komisji kwalifikującej)

Zatwierdzam:

.....

(data i podpis Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)



.....  
.....(pieczęć podmiotu leczniczego lub praktyki lekarskiej)  
(miejsce, data, godzina)

## SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

.....  
(nazwa i adres)

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję do szpitala psychiatrycznego

Panią/Pana: .....,

córkę/syna: .....,

ur. ....

w .....,

zamieszkałą(ego) samotnie/wspólnie z innymi osobami<sup>\*)</sup>

w:.....

.....

### 1. Stan cywilny:

1) panna/kawaler, 2) zamężna/żonaty, 3) wdowa/wdowiec, 4) rozwiedziona(y), 5) brak danych<sup>\*)</sup>.

### 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<sup>\*)</sup>.

### 3. Wykształcenie:

1) podstawowe, 2) zawodowe, 3) średnie, 4) wyższe, 5) inne/niepełne, 6) brak danych<sup>\*)</sup>.

### 4. Rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej:

.....

5. PESEL (jeżeli posiada).....

### 6. Osoba badana jest/nie jest ubezwłasnowolniona częściowo/całkowicie/brak danych<sup>\*)</sup>.

### 7. 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:.....  
.....  
.....

13. Stwierdzam, że\*):  
1) osoba badana zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób  
Uzasadnienie: .....  
.....,  
2) nieprzyjęcie osoby badanej do szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie  
stanu zdrowia psychicznego,  
3) 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.

14. 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 pieczętka lekarza)

\*) Odpowiednie zakreślić