

**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 dowodu osobistego
- 6) 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 PIEŁĘGNACYJNO - 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 – Lecznicznym 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 art. 18 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. nr 164, poz. 1027, późn. zm.) oraz Regulaminem Zakładu.

Nr świadczenia.....

Rodzaj świadczenia.....

Płatnik.....

.....
(podpis pacjenta)

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego)

.....
Stwierdzam własnoręczność podpisu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

SKALA BARTHELA

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	
Przejsię 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	
			SUMA	

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						

<i>Zakres wymaganej opieki</i>	<i>Kategoria*)</i>
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarstwa	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarstwa	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarstwa	C

*)właściwe podkreślić

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2- 4

--	--	--

.....
pieczętka i podpis pielęgniarki prowadzącej wywiad

.....
pieczętka 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

*)niepotrzebne skreślić



Nr opinii:/12

Działając na podstawie Regulaminu Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego oraz Zarządzenia nr 46/2012 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu, z dnia 06 września 2012r.

OPINIUJĘ WNIOSEK DOTYCZĄCY:

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

Data urodzenia: W

Adres zamieszkania:

.....

OPINIA Komisji kwalifikującej:

Na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej kwalifikuję

w/w do pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym o profilu psychiatrycznym

Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu.

na czas określony do

1.

2.

(data i podpis Przewodniczącego Komisji kwalifikującej)

.....

(data i podpis Przewodniczącego Komisji kwalifikującej)

Zatwierdzam:

.....

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

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

.....
(miejsowość, 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.