

W N I O S E K

o przyjęcie do PZOL Sp. z o.o. Oddziału Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatrycznego
Beskidzkiego Centrum Zdrowia Psychicznego – ZOL w Międzybrodziu Bialskim

1. Dane osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy

Nazwisko i imię

Imiona rodziców.....

Miejsce zamieszkania

Telefon kontaktowy.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL:..... Stan cywilny.....

Źródło utrzymania nr emerytury/renty/zasiłek (kserokopie w załączeniu)

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

2. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona Tak, Nie, całkowicie, częściowo

Dane personalne opiekuna prawnego lub kuratora

(kserokopia postanowienia Sądu o ubezwłasnowolnieniu oraz o ustanowieniu opiekuna)

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Tel. kontaktowy.....

3. Opiekun faktyczny Imię i nazwisko.....

Adres.....

Telefon kontaktowy.....

4. Określić termin pobytu /pobyt stały/ na czas określony.....

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

.....
Data i podpis osoby ubiegającej się
o umieszczenie pacjenta

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

.....
(miejscowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

PZOL Sp. z o.o.- Oddział Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny Beskidzkiego Centrum Zdrowia Psychicznego - ZOL
ul. Graniczna 7, 34-312 Międzybrodzie Białskie
(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.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....

rok urodzeniaadres.....

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, podpis lekarza, data)

*) Niepotrzebne skreślić

CZĘŚĆ 2. 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
ogrzewanie CO	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*)	4
pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	częściowe przystosowanie mieszkania	2	mieszkanie nie przystosowane	3
Suma pkt					

*) Właściwe podkreślić.

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

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINNY/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 PIELEGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość data

.....
adres

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w PZOL Sp. z o.o. – Oddziale Opiekuńczo-Lecznym Psychiatrycznym Beskidzkiego Centrum Zdrowia Psychicznego – ZOL z siedzibą w Międzybrodzu Bialskim i na odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie w wyżej wymienionym zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Art. 18 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Za zgodność podpisu: