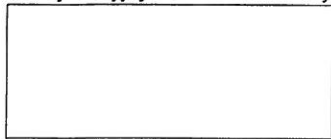


Komplet dokumentacji do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Psychiatrycznego w Dzierżąźnie:

- Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo –Leczniczego Psychiatrycznego wg obowiązującego wzoru wystawione przez lekarza psychiatrę
- Dane kontaktowe pacjenta
- Decyzja sądu o ubezwłasnowolnieniu, jeżeli pacjent jest ubezwłasnowolniony
- Zaświadczenie o powołaniu kuratora, opiekuna prawnego, jeżeli pacjent ma kuratora lub opiekuna
- Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu (decyzja ZUS lub KRUS) osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu
- Oświadczenie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego
- Zaświadczenie lekarskie
- Wywiad pielęgniarski
- Karta oceny samoobsługi pacjenta wg skali Barthel (wypełnia lekarz lub pielęgniarka)
- Karty informacyjne z ostatnich pobytów w szpitalach psychiatrycznych i innych
- Wykaz przyjmowanych leków
- Aktualne badania: morfologia, poziom glukozy, ASPAT, ALAT, poziom elektrolitów, poziomy hormonów tarczycy przy występowaniu schorzenia tego narządu, badanie ogólne moczu oraz RTG klatki piersiowej
- Badania w kierunku MRSA. W przypadku pacjentów przyjmowanych w trybie planowym z innych szpitali lub ośrodków opieki społecznej wymagane jest przedstawienie aktualnych (3 dni przed planowym przyjęciem) wyników badań w kierunku nosicielstwa MRSA
- Przyjmowanie interesantów przez kierownika oddziału odbywać się będzie, w wtorki i czwartki w godzinach 11⁰⁰-13⁰⁰.



pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
identyfikacyjny świadczeniodawcy



Opieka stacjonarna i całodobowa inna niż szpitalna
kody resortowe I 000000011379 V/VII/VIII 02/088/5170 numer

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO

Niniejszym kieruję:

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

Numer telefonu do kontaktu

Nr. Pesel świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku- nr dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

Rozpoznanie w języku polski 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 i Nazwisko, nr telefonu do kontaktu) ***

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (Imię i Nazwisko, nr telefonu do kontaktu) ***

- do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Psychiatrycznego.

Miejscowość i data

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

* Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy



Zaświadczenie lekarskie

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego
Psychiatrycznego

rok urodzenia.....adres.....

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

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 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) narkomania: tak - nie

c) choroba psychiczna tak - nie, jeśli tak to jaka?

.....

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

III. 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) (data, pieczęć i podpis lekarza *)
właściwie podkreślić

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO PSYCHIATRYCZNYM ¹⁾ Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność	Wynik
1.	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0-nie porusza się lub < 50 m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego: 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji 5)	

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

²⁾ Mahoney FI, Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel." Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

³⁾ W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

⁴⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

Wywiad pielęgniariski

Część 1. Sytuacja rodziny

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

Część 2. Sytuacja mieszkaniowa osoby ubiegającej się o przydzielenie do zakładu

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej						liczba pkt
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 higieniczne złe (mieszkanie/ zaniedbane, wilgotne, stale widne, przestronne) oświetlenia, oświetlenia, mało przestronne)	0 3	Warunki higieniczne zadawalające (mieszkanie/ pokój* czyste, suche, częste korzystanie ze sztucznego brak wolnej przestrzeni)	2	Warunki (mieszkanie/ pokój* dość czyste, korzystanie ze sztucznego	3	
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie	2	Mieszkanie nie przystosowane	3	

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

Część 4. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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)

OŚWIADCZENIE
o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

I. Składający oświadczenie			
1. Imię i nazwisko			
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu
		nr mieszkania	
		kod i miejscowość	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ prawo jazdy	
	seria i numer		
II. Treść oświadczenia			
<i>Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i>			
1. Podpis osoby składającej oświadczenie	2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia ¹⁾	
		od do (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd)	
III. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ustawa 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):			
☐ objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym ☐ uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ²⁾ ☐ art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ³⁾ ☐ art. 67 ust. 4–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁴⁾			
IV. Świadczeniodawca⁵⁾ przyjmujący oświadczenie			
<i>Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.</i>			
1. Pieczętka adresowa świadczeniodawcy uwzględniająca numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia	2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy	3. Data (rrrr/mm/dd)	

OBJAŚNIENIA

1)

Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.

2)

Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.

3)

Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu oraz posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

4)

Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:

a)

art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w okresie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia,

b)

art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ukończyła szkołę:

- ponadgimnazjalną – w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,

- wyższą – w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów,

c)

art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek – w okresie pobierania tego zasiłku,

d)

art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.

5)

Świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

POUCZENIE

Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświadczenia działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dzierżążno, dnia

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(miejscowość)

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego
Psychiatrycznego w Dzierżążnie, ul. Szpitalna 36.

.....
(własnoręczny podpis lub przedstawiciela ustawowego)

Dzierżąźno, dnia

Z O B O W I A Z A N I E

Ja.....

Legitymująca/y się dowodem osobistym seria.....nr.....

PESEL:

Zamieszkała/y

.....

zobowiązuję się do zapłaty za pobyt Pani/Pana (dane osoby umieszczonej w
Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym w Dzierżąźnie)

.....

.....

.....

w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym w Dzierżąźnie od daty przyjęcia do
momentu przekazywania 70% świadczenia przez organ do tego uprawniony.

.....

podpis

Dzierżążno, dnia

DANE OSOBOWE i KONTAKOWE

Proszę o podanie dokładnych danych pacjenta oraz danych kontaktowych rodziny pacjenta lub opiekuna prawnego. Dane są niezbędne do celów statystycznych i rozliczeniowych z NFZ oraz nawiązania kontaktu z rodziną w kwestiach dotyczących pacjenta.

.....
Pacjent - imię i nazwisko:

.....
Rodzice pacjenta - imię i nazwisko

.....
Miejsce urodzenia pacjenta

.....
Stan cywilny pacjenta

.....
Imię i nazwisko osoby do kontaktu

.....
Adres i telefon osoby do kontaktu

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską

OŚWIADCZENIE

Ja, legitymujący/a się Dowodem
Osobistym seria Nr, PESEL jako
przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, kurator * wyrażam zgodę na umieszczenie Pana/i
urodzonego/ej syn / córka
wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym Psychiatrycznym począwszy
od dnia przyjęcia, oraz:

1. na potrącanie wypłaty za pobyt w w/w Zakładzie przez właściwy organ
emerytalnorentowy ze świadczenia emerytalno /rentowego (decyzja z dnia Nr
.....)
2. do odbioru stałego zasiłku wyrównawczego, renty socjalnej – decyzja z dnia
.....) przez w/w Zakład, tytułem wyżywienia i zakwaterowania w
wysokości określonej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia
25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i
pielęgniacyjno-opiekuńczych (Dz. U. 2012. 731)
3. świadczenie emerytalne, rentowe, zasiłku stałego, wyrównawczego, renty socjalnej,
nie podlega zajęciu sądowemu, bankowemu lub innym wierzycielom.

..... dnia.....

.....
(podpis)

* właściwe podkreślić

Dzierżąno, dnia

w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym Psychiatrycznymi płacenie 70%
renty/emerytury za każdy miesiąc pobytu.

.....
(podpis)

Dzierżążno, dnia

Imię i nazwisko

Miejsce zamieszkania

Oświadczam, że zostałem powiadomiony o wstrzymaniu dodatku (zasiłku) pielęgnacyjnego w trakcie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym Psychiatrycznym. Zobowiązuję się do powiadomienia lekarza rodzinnego o dacie przyjęcia i wypisu chorego.

.....

*(własnoręczny podpis lub przedstawiciela
ustawowego)*