

**PROCEDURA PRZYGOTOWANIA DOKUMENTACJI PACJENTÓW
KIEROWANYCH DO:
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO
TURZA 242**

Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOLP jest złożenie kompletu niezbędnych dokumentów w:

**NZOZ Leśniówka
Turza 242
36 – 050 Sokołów Małopolski**

I. KOMPLETNY WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO ZAWIERA:

1. Wniosek o wydanie skierowania do ZOLP oraz oświadczenie zgody na ponoszenie częściowej odpłatności za pobyt w ZOLP (**wg załącznika Nr 1**), wypełnia:
 - a) Osoba ubiegająca się o umieszczenie w zakładzie
 - b) Przedstawiciel ustawowy
2. Zaświadczenie lekarskie (**wg załącznika Nr 2,3**) – wystawia lekarz psychiatra
 - a) Skierowanie do ZOLP – skierowanie lekarskie powinno zawierać dokładny opis choroby oraz kod wg klasyfikacji ICD-10 (**załącznik Nr 4**)
 - b) Kwalifikacja do objęcia opieką w zakładach ZOLP (wg zmodyfikowanej skali Bartel) – (**wg załącznika Nr 5**)
3. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o przyjęcie
 - a) Kserokopia decyzji ZUS/KRUS ustalająca wysokość świadczenia
 - b) Ostatni odcinek renty lub emerytury
 - c) Inne zaświadczenia o dochodach

II. WARUNKI SKIEROWANIA I PRZYJĘCIA:

1. Warunkiem przyjęcia pacjenta jest kwalifikacja lekarza Zakładu oraz przedłożenie kompletu dokumentacji
2. Skierowanie do **ZOLP** wydaje się na czas określony
3. Kierownik zakładu powiadamia osobę zainteresowaną o terminie przyjęcia do zakładu
4. Osoby oczekujące na miejsce w Zakładzie umieszczają się na **LIŚCIE OSÓB OCZEKUJĄCYCH**, prowadzonej przez kierującego i udostępnianej osobom zainteresowanym
5. W przypadkach nagłych, wynikających ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia, na wniosek lekarza, może być wydane skierowanie na czas określony poza kolejnością.

III. JEDNOSTKI KWALIFIKUJĄCE SIĘ DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO WG KLASYFIKACJI ICD-10:

- F00 - F09
- F20 - F29
- F30 - F39
- F70 - F79.

.....
 (Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie)

.....
 Miejscowość, data

.....
 (Adres zamieszkania)

Ubezpieczony*:

- Podkarpacki Oddział NFZ
- Inny Oddział NFZ –
- Nieubezpieczony w NFZ

PESEL:

Kontakt tel.:

*zaznaczyć odpowiednie

NZOZ LEŚNIÓWKA
ZOL Psychiatryczny
Turza 242, 36-050 Sokółów Małopolski
Tel: (17) 77 12 871

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego w Turzy 242, gm. Sokółów Młp., pow. Rzeszów. Proszę swą motywuję złym stanem zdrowia, wymagam ciągłej opieki, choruję na:

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

.....
 Własnoręczny podpis osoby starającej się o umieszczenie w zakładzie
 lub podpis opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej

Zgodnie z wytycznymi ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych** informuję, iż:

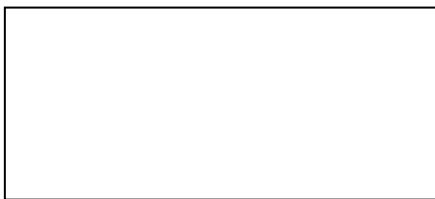
- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest ZOL Psychiatryczny z siedzibą w Turza 242, adres e-mail: gpi@lesniowka.pl, numer telefonu (17) 77 12 871, numer NIP: 8133329625, REGON: 0000168750.
- 2) W ZOL Psychiatrycznym Turza wyznaczaliśmy Inspektora Ochrony Danych. W razie wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Pani/Pana danych, prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: gpi@lesniowka.pl
- 3) Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w związku i w celu udzielania świadczeń podczas pobytu w ZOL Psychiatrycznym w Turzy
- 4) Pana/i dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie stosownych przepisów prawa.
- 5) Pan/i dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony przepisami prawa dotyczącymi przechowywania dokumentacji medycznej.
- 7) Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pan/i, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/i dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.**
- 9) Podanie przez Pana/ią danych osobowych jest dobrowolne, przy czym niezbędne do udzielania świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Potwierdzam zapoznanie się z klauzula informacyjną:

Podpis pacjenta/opiekuna

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)

**Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza wykonującego indywidualną
specjalistyczną praktykę lekarską

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....

Rok urodzenia

Adres zamieszkania

I. WYWIAD (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

Rozpoznanie wg. ICD-10:

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

II. BADANIA PRZEDMIOTOWE: waga: kg, wzrost: cm, ciepłota °C

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)

.....
podpis oraz pieczęć lekarza psychiatry

*) niepotrzebne skreślić



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza wykonującego indywidualną
specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że

imię i nazwisko / adres zamieszkania / PESEL

.....
wymaga / nie wymaga * skierowania do zakładu opiekuńczo – leczniczego psychiatrycznego.

.....
miejsowość, data

.....
podpis oraz pieczęć lekarza psychiatry

* niepotrzebne skreślić

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

.....
(miejscowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

NZOZ LEŚNÍÓWKA

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO LECZNICZY PSYCHIATRYCZNY TURZA 242

.....
(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 psychiatry)

*) Odpowiednie zakreślić.

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza wykonującego indywidualną
specjalistyczną praktykę lekarską

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY: OCENA ŚWIADCZENIOBIORCY
WG SKALI BARTHEL KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO-LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

Lp.	Nazwa czynności	Wartość Punktowa
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.	Utrzymanie 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 i 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 = spaceruje 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 i rozbieranie się 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	

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza psychiatry