

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

o profilu psychiatrycznym  
w Stroniu Śląskim

**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 pielęgniarstwa
- 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



.....  
miejsowość, data

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO  
o profilu psychiatrycznym  
WOJEWÓDZKIEGO CENTRUM PSYCHIATRII DŁUGOTERMINOWEJ  
ul. Sudecka 3 A, 57-550 Stronie Śląskie**

Kieruję Pana/Panią .....  
imiona rodziców ..... ur..... w .....  
miejsce zamieszkania .....

1. Stan cywilny:

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1) panna/kawaler  | 4) rozwiedziona(y) |
| 2) zamężna/żonaty | 5) brak danych     |
| 3) wdowa/wdowiec  |                    |

2. Zatrudnienie:

- |                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1) czynna(y) zawodowo        | 4) bezrobotna(y)                 |
| 2) emeryt(ka)/rencista(ka)   | 5) utrzymuje się z innych źródeł |
| 3) na utrzymaniu innych osób | 6) brak danych                   |

3. Wykształcenie:

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| 1) podstawowe | 4) wyższe        |
| 2) zawodowe   | 5) inne/niepełne |
| 3) średnie    | 6) brak danych   |

4. Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej lub inny dowód

5. Osoba badana jest / nie jest ubezwłasnowolniona częściowo lub całkowicie (*właściwe podkreślić*)  
Przedstawiciel ustawowy (imię i nazwisko, adres, telefon)

6. Wywiad od osoby badanej .....

7. Wywiad od rodziny i innych osób .....

8. Ocena stanu fizycznego .....

9. Ocena stanu psychicznego .....

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

11. Rozpoznanie ..... ICD 10 .....

12. Schorzenia współistniejące: (*właściwe podkreślić*)

- choroba zakaźna tak / nie, jeśli tak to jaka? .....
- gruźlica tak /nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym tak / nie
- narkomania tak /nie
- inne .....

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

\*niepotrzebne skreślić

.....  
*podpis i pieczęć lekarza*

.....  
 (pieczęć publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub pielęgniarki wykonującej zadania publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie przyjętego zamówienia)

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

### CZĘŚĆ 1. STUKTURA RODZINY

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie					
Lp.	imię i nazwisko	wiek	stopień pokrewieństwa	aktywność zawodowa	stan zdrowia

Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
Lp.	imię i nazwisko	wiek	stopień pokrewieństwa	miejsce zamieszkania	stan zdrowia

### CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

Kryteria oceny 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*	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 przystosowania mieszkania	2	mieszkanie nieprzystosowane	3
Suma pkt					

\* Właściwe podkreślić

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

**CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY/ŚRODOWISKA**

Zakres sprawowanej opieki Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	Kategoria* 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 PIEŁĘGNACYJNYCH**

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

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)

.....  
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu  
lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*adres zamieszkania*

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ.

**Zgadzam się na potrącanie z moich dochodów (renta, emerytura, zasiłek i inne) 70% z tytułu odpłatności w Zakładzie.**

.....  
podpis

.....  
potwierdzam wiarygodność podpisu

Podpisanie niniejszego oświadczenia jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych, dla celów wykonania obowiązków Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ (Administratora danych), jako podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (leczenie pacjentów) - art. 6 ust. 1 lit. b-d) ROZPORZĄDZENIA Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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).