

**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. Morawka 1, 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*)

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 PIELEGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zakres wymaganej opieki	Kategoria*
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

--	--	--

.....
(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