

Zarządzenie nr 4/2025
Dyrektora Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej
w Stroniu Śląskim SP ZOZ
z dnia 19 lutego 2025 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu udzielania odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ramach opieki długoterminowej w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ.

Na podstawie § 6 ust. 1 Statutu Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej- załącznik do uchwały Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 20 grudnia 2012 r., nr XXX/839/12, przyjmuje się i wprowadza Regulamin udzielania odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ramach opieki długoterminowej w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ, o treści jak niżej:

REGULAMIN
udzielania odpłatnych, komercyjnych usług medycznych
w ramach opieki długoterminowej w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej
w Stroniu Śląskim SP ZOZ

§ 1 [Postanowienia wstępne]

1. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy C1, zwany dalej „Zakładem”, jest jednostką organizacyjną, w zakresie której podmiot leczniczy – Wojewódzkie Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ z siedzibą w Stroniu Śląskim przy ul. Sudeckiej 3A, zwane dalej „Centrum”, udziela odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej.
2. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Zakładu są akty normatywne określające zasady wykonywania działalności leczniczej, w tym następujące akty prawne:
 - (1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisy wykonawcze do tej ustawy.
 - (2) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
 - (3) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - (4) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
 - (5) ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny,
 - (6) ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
 - (7) umowa o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ZOL.
3. Niniejszy regulamin, zwany dalej „Regulaminem”, określa warunki udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, finansowanych przez: Pacjenta/opiekuna – umowa o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ramach opieki długoterminowej.

§ 2 [Zakres świadczeń zdrowotnych]

1. Centrum udziela odpłatnych świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:
 - 1) opieki nad osobami przybywającymi w Zakładzie,
 - 2) Świadczenia zdrowotne o których mowa w regulaminie, udzielane przez Zakład obejmują w szczególności:
 - a) badanie i poradę lekarską;
 - b) opiekę pielęgniarską;

- c) działania lecznicze, diagnostyczne i analitykę medyczną;
 - d) świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze; w tym rehabilitacyjne;
 - e) zabiegi rehabilitacyjne świadczone w systemie ambulatoryjnym;
 - f) środki farmaceutyczne i materiały medyczne, na warunkach określonych w umowie;
 - g) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia (dieta ogólna, łatwo strawna, dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów).
2. Szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych określa załącznik nr 8 do umowy o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ramach opieki długoterminowej (zakres podstawowy z możliwością jego poszerzenia o świadczenia dodatkowe).
3. Centrum udziela świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnie dostępnej wiedzy medycznej.
4. Na każdym etapie udzielanych świadczeń zdrowotnych pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub inna upoważniona przez pacjenta osoba ma prawo do informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
5. Centrum nie udziela świadczeń zdrowotnych osobom:
- 1) niepełnoletnim,
 - 2) wymagającym całodobowej opieki lekarskiej,
 - 3) z terminalną fazą choroby przewlekłej lub nowotworowej,
 - 4) ze współistniejącą chorobą zakaźną,
 - 5) z zaburzeniami i chorobą psychiczną,
 - 6) uzależnionym od alkoholu lub środków psychoaktywnych.

§ 3 [Procedura przyjęcia do Zakładu i zasady pobytu]

1. Przyjęcie do Zakładu następuje po podpisaniu umowy o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ramach opieki długoterminowej, na podstawie wcześniejszego wniosku o przyjęcie do Zakładu, zwanym dalej „Wnioskiem”. (Załącznik nr 1 do Regulaminu – „Wzór wniosku o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego C1”).
2. Do Wniosku załącza się wywiad pielęgniarzski oraz zaświadczenie lekarskie. (Załącznik nr 2 do Regulaminu – „Wzór wywiadu pielęgniarzskiego”), a także skierowanie lekarskie do Zakładu- ważne 30 dni od dnia wystawienia (Załącznik nr 3 do Regulaminu – „Wzór skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego C1”).
3. Do wniosku i skierowania do Zakładu świadczeniobiorca załącza nadto następujące dokumenty:
- 1) kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta, w tym karty leczenia szpitalnego;
 - 2) oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o sposobach dokonywania płatności za pobyt pacjenta w ZOL (Załącznik nr 4 do Regulaminu – „Oświadczenie o sposobach dokonywania płatności za pobyt”);
 - 3) oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (wzór stanowi Załącznik nr 5 do Regulaminu – „Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych”);
 - 4) oświadczenie o odbiorze pacjenta (wzór stanowi Załącznik nr 6 do Regulaminu – „Oświadczenie o odbiorze pacjenta”);
 - 5) oświadczenie o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych (wzór stanowi Załącznik nr 7 do Regulaminu- "Oświadczenie o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych").



4. Oprócz dokumentacji opisanej w ust. 2, przy przyjęciu pacjent powinien posiadać dowód osobisty (PESEL).
5. Pacjenta do Zakładu przyjmuje lekarz internista po przeprowadzeniu badania wstępnego.
6. W przypadku rezygnacji z proponowanego terminu przyjęcia osoba ubiegająca się o pobyt zostaje skreślona z listy osób oczekujących „kolejka oczekujących” (rezygnacja z proponowanego terminu wymaga zachowania formy pisemnej).
7. Przyjęcia do Zakładu odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00- 11:00.
8. Pacjent przy przyjęciu do Zakładu winien być zaopatrzony w podstawowe przybory toaletowe, a w szczególności w:
 - 1) szczoteczkę i pastę do zębów,
 - 2) mydło, szampon, żel pod prysznic, gąbkę, balsam do ciała, w razie potrzeb płyn przeciw odleżynowy,
 - 3) maszynkę i krem/piankę do golenia,
 - 4) wilgotne chusteczki, grzebień,
 - 5) 2 ręczniki, piżamę lub koszulę nocną, kapcie,
 - 6) wygodne ubranie i obuwie, stosownie do pory roku.
9. Pacjent przy przyjęciu do Zakładu winien być zaopatrzony w leki oraz w razie potrzeby pielucho-majtki, na czas pobytu w Zakładzie. Zakład nie pośredniczy w zakupie leków przyjmowanych przez pacjenta.
10. Pacjent zobowiązany jest dostarczyć do Zakładu leki, o których mowa w ust. 9, z odpowiednim wyprzedzeniem i w odpowiedniej ilości, pozwalającej na podawanie leków przez co najmniej miesiąc do przodu. Leki dostarczane będą w oryginalnych opakowaniach producenta.
11. Pacjent zobowiązany jest dostarczyć do Zakładu leki, o których mowa w ust. 9, także na każde jego wezwanie w terminie na dłuższym niż 2 dni od otrzymania takiego wezwania (wezwanie może zostać skierowane w szczególności telefonicznie, mailowo, listownie)- (wzór oświadczenia Pacjenta stanowi załącznik nr 10 do Regulaminu- oświadczenia Pacjenta o zobowiązaniu się do regularnego dostarczenia leków, które zażywa, zgodnie z zaleceniami lekarskimi).
- ~~12.~~ Za zgodą lekarza pacjentowi może być udzielona przepustka. W okresie korzystania z przepustki, Zakład nie wyposaża pacjenta w leki oraz wyroby medyczne. Pod pojęciem „przepustki” rozumie się okresowe przebywanie pacjenta poza Zakładem opiekuńczo-leczniczym, bez potrzeby wypisywania go z Zakładu.
13. W przypadku okresowego pobytu pacjenta w szpitalu, trwającego nie dłużej niż 15 kolejnych dni, Zakład zobowiązuje się utrzymać przez ten okres rezerwację łóżka dla pacjenta.
14. W przypadku gdy w trakcie pobytu w Zakładzie pacjent zostanie skierowany i przyjęty do leczenia szpitalnego, po jego wypisaniu z podmiotu leczniczego nie jest konieczne ponowne składanie wniosku o przyjęcie do Zakładu.
15. Pacjent zobowiązany jest do wskazania osoby uprawnionej do udzielania jej informacji o stanie zdrowia, w tym upoważnionej do udostępnienia jej dokumentacji medycznej a także załatwiania innych spraw w tym finansowych (załącznik nr 7 do Regulaminu – oświadczenie o upoważnieniu osoby bliskiej).
16. Informacje na temat stanu zdrowia udzielane jest osobom upoważnionym przez pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Zakład, z uwagi na brak możliwości weryfikacji rozmówcy, nie udziela informacji w formie telefonicznej lub innej podobnej.

§ 4 [Sposób ustalania odpłatności za pobyt w Zakładzie]


1. Sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym określa umowa o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w Zakładzie.
2. Ceny poszczególnych świadczeń zdrowotnych (za pakiet podstawowy oraz pakiet dodatkowy) określa aktualny cennik świadczeń zdrowotnych obowiązujący w Centrum (załącznik nr 8 do Regulaminu – Cennik świadczeń zdrowotnych).
3. Aktualny cennik publikowany jest na stronie internetowej Centrum (www.wcpd.pl).

4. Zapłata za wykonanie świadczenia zdrowotnego płatna jest przelewem na rachunek bankowy.
5. Na wniosek osób zainteresowanych, Dyrektor Centrum ma możliwość ustalania indywidualnej odpłaty za pobyt w Zakładzie.
6. W przypadku rozwiązania niniejszej umowy i nie opuszczenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przez pacjenta, zobowiązuje się on zapłacić Centrum za swój pobyt opłatę będącą trzykrotnością ostatniej opłaty płaconej przez pacjenta w ramach obowiązywania umowy.
7. W przypadku rozwiązania niniejszej umowy oraz dalszego przebywania pacjenta na terenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, Centrum nie jest zobowiązane do udzielania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych, o których mowa w § 1 niniejszej umowy.

§ 5 [Odwiedziny w Zakładzie]

1. Odwiedziny chorych odbywają się codziennie w godzinach 8.00-18.00.
2. W razie potrzeby zgoda na odwiedziny chorego udzielana jest indywidualnie na prośbę zainteresowanych przez lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego.
3. Ze względów epidemiologicznych lub innych ważnych przyczyn, może być wprowadzony zakaz odwiedzin chorych, o czym chorzy zostają powiadomieni w sposób zwyczajowo przyjęty.
4. Osoby małoletnie mogą odwiedzać chorych, wyłącznie w towarzystwie osób dorosłych.
5. Zakazuje się odwiedzin osobom:
 - 1) pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych tego typu środków,
 - 2) wykazującym objawy infekcji wirusowej lub dotkniętych chorobą zakaźną.
6. Osoby odwiedzające chorych zobowiązane są do:
 - 1) zachowywania się w czasie odwiedzin w sposób kulturalny z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego, w szczególności w sposób życzliwy do innych chorych i personelu,
 - 2) niezakłócania pracy personelu i spokoju innych chorych,
 - 3) podporządkowania się wszelkim poleceniom i wskazówkom personelu medycznego,
 - 4) stosowanie się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym,
 - 5) szanowania mienia ZOL-u,
 - 6) włożenia odzieży ochronnej, jeżeli zostanie ona dostarczona przez personel,
 - 7) ograniczenia korzystania z telefonów komórkowych tylko do przypadków niezbędnych.
7. Zabrania się osobom odwiedzających chorych:
 - 1) przebywania w salach chorych w trakcie obchodów lekarskich oraz podczas wykonywania czynności leczniczo-pielęgnacyjnych,
 - 2) przekazywania leków choremu, bez zgody i wiedzy personelu medycznego,
 - 3) dostarczania chorym alkoholu oraz artykułów spożywczych, które zostały zabronione choremu przez personel medyczny,
 - 4) wprowadzania jakichkolwiek zwierząt,
 - 5) palenia tytoniu i spożywania alkoholu.
8. W przypadku osób leżących, odwiedziny odbywają się w sali chorych, natomiast w pozostałych przypadkach odwiedziny odbywają się na korytarzach.
9. Osoby odwiedzające chorego na korytarzu są zobowiązane do sprawowania opieki nad chorym i ponoszą za niego pełną odpowiedzialność.

§ 6 [Postępowanie ze zwłokami]

1. W przypadku wystąpienia zgonu, pielęgniarka odpowiedzialna za dyżur w oddziale powiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o śmierci pacjenta.
- 

2. Lekarz po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon pacjenta, jego przyczynę oraz wystawia Kartę Zgonu. W przypadku przeprowadzenia sekcji zwłok stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po jej przeprowadzeniu.
3. Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
4. Lekarz stwierdzający zgon niezwłocznie telefonicznie zawiadamia o zgonie osobę wskazaną wcześniej przez pacjenta w dokumentacji medycznej, przedstawiciela ustawowego lub rodzinę.
5. Jeżeli lekarz stwierdzający zgon przypuszcza, że śmierć może mieć związek z działaniem gwałtownym lub przestępnym, zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie Policję lub Prokuraturę.
6. Sporządzoną Kartę Zgonu pielęgniarka odpowiedzialna za dyżur w oddziale zdaje do Kierownika Biura ZOL lub w dniu wolnym od pracy oraz poza godzinami pracy Kierownika Biura ZOL do Recepcji. Recepcja w dni powszednie do godz. 7.30 zdaje Karty Zgonu do Kierownika Biura ZOL.

§ 7

1. Dalsze czynności związane z wydaniem zwłok podejmuje Kierownik Biura ZOL lub pracownik przez niego wyznaczony oraz Recepcja.
2. Wyznaczony pracownik Centrum wydaje zwłoki osoby zmarłej osobie upoważnionej do odbioru zwłok.
3. Osobami uprawnionymi do pochowania zwłok są:
 - 1) małżonek,
 - 2) krewni zstępni,
 - 3) krewni wstępni,
 - 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa,
 - 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.
4. Prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiązują.
5. Po zgłoszeniu się osób uprawnionych do odbioru zwłok, Kierownik Biura ZOL lub pracownik przez niego wyznaczony wydaje Kartę Zgonu, celem uzyskania odpisu aktu zgonu w Urzędzie Stanu Cywilnego.
6. Kierownik Biura ZOL lub pracownik przez niego wyznaczony udziela osobom uprawnionym do odbioru niezbędnych informacji związanych z odebraniem zwłok i wydaje druki z tym związane, tj. wnioski o wydanie zwłok oraz upoważnienie do wydania zwłok osobie/firmie pogrzebowej.
7. Kartę Zgonu wydaje się za okazaniem dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości i wpisaniu nr i serii tego dokumentu do książki zgonów.
8. Wzór „wniosku o wydanie zwłok”, o którym mowa w ust. 8 powyżej stanowi (Załącznik nr 9 do Regulaminu – „Upoważnienia do wydania zwłok osobie/firmie pogrzebowej”).
9. Zwłoki osoby zmarłej należy przechowywać nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
10. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
 - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby uprawnione do pochowania zwłok pacjenta;
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
 - 3) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt 1 i 2 ważne przyczyny - za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
11. Jeżeli zwłoki nie zostaną odebrane przez podmioty uprawnione Kierownik Biura ZOL lub

pracownik przez niego wyznaczony zawiadamia o zaistniałym zgonie Ośrodek Pomocy Społecznej w Stroniu Śląskim, który zgodnie z art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych jest zobowiązany do pochowania tych zwłok.

§ 8 [Postanowienia końcowe]

1. Centrum oświadcza, że wszystkie dane osobowe pacjentów są chronione zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM 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 oraz USTAWA z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych i są wykorzystywane wyłącznie w celach diagnostyczno-leczniczych oraz informacyjnych dla dobra pacjenta.
2. Centrum nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje braku aktualizacji oraz za nieprawdziwe dane osobowe podane w oświadczeniu.
3. Centrum prowadzi dokumentację medyczną według obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.
4. Skargi i wnioski może składać każdy pacjent, osoba bliska lub opiekun faktyczny – w rozumieniu przepisów ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Skargi i wnioski powinny być rozpatrywane bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu 30 dni roboczych od daty otrzymania. Odpowiedź na skargę lub wniosek następuje w formie pisemnej.
6. W przypadkach nieuregulowanych Regulaminem zastosowanie mają przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym akty prawne wskazane w Regulaminie.
7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie, decyzje ostateczne podejmować będzie Dyrektor Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ.

§ 9

Traci moc zarządzenie nr nr 69/ 2019 Dyrektora Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ z dnia 11 września 2019 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu udzielania odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ramach opieki długoterminowej w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ ze zmianami.

DYREKTOR CENTRUM
Joanna Chromiec

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

DANE:

.....
Imię nazwisko

.....
Adres zamieszkania:

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

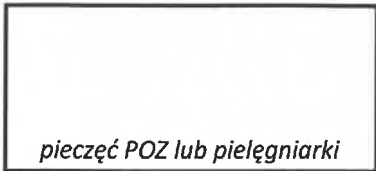
.....
Numer dowodu osobistego/inny dokument tożsamości

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby zainteresowanej lub jego przedstawiciela ustawowego

DYREKTOR CENTRUM

Joanna Chromiec



WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. DANE:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania/nr telefonu do kontaktu/ e-mail

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

Karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik

Karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem

Zakładanie zgłębnika

Inne niewymienione

b) higiena ciała

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

Inne niewymienione

c) oddawanie moczu

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

Cewnik

Inne niewymienione

d) oddawanie stolca

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

Pielęgnacja stonii

Wykonywanie lewatywy i irygacji

Inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

Z zaawansowaną osteoporozą

Którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności

Inne niewymienione

f) rany przewlekłe

odleżyny

rany cukrzycowe

inne niewymienione

g) świadomość pacjenta: tak/nie/ z przerwami.....

h) inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel **/***

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

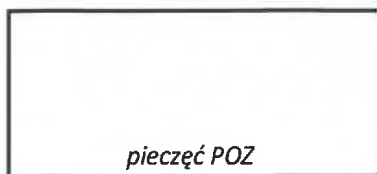
*Niepotrzebne skreślić

**W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa, opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, zastępuje ocenę skalą Barthel.

***W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

DYREKTOR CENTRUM

Joanna Chromiec



SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Rozpoznanie w języku polskim 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 uzasadnionych stanem zdrowia (tak/nie)*

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza

* Niepotrzebne skreślić

**Jeżeli jest wymagana.

DYREKTOR CENTRUM
Joanna Chromiec

pieczęć POZ lub pielęgniarce

KARTA OCENY OSOBY KIEROWANEJ DO ZOL

Ocena wg skali opartej na skali Barthel¹⁾

Imię nazwisko

Adres zamieszkania.....

PESEL/lub inny dokument potwierdzający tożsamość

I.p	Czynność ²⁾	Wynik ³⁾
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 przemieszczać się; 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 zrobić coś sam 10=niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0= zależny 5= niezależny pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0= nie porusza się lub < 50 m 5= niezależny od wózka; wliczając zakręty > 50 m 10= spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15= niezależny ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski>50 m	

Stronie Śląskie,

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zapłatę za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym C1 działającym przy Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ w wysokości
..... zł (słownie:),
będą dokonywane przelewem bankowym z konta osobistego.

W przypadku wystąpienia nadpłaty proszę o zaliczenie jej na poczet przyszłych rozliczeń, a w momencie opuszczenia Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego zwrot środków na konto osobiste.

Nazwa banku:.....

Numer rachunku:.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby zainteresowanej lub jego przedstawiciela ustawowego

DYREKTOR CENTRUM

Joanna Chromiec

**WOJEWÓDZKIE CENTRUM PSYCHIATRII
DŁUGOTERMINOWEJ
W STRONIU ŚLĄSKU SP ZOZ
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY C1**

Dane:

.....
Imię nazwisko

.....
Adres

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych przez Wojewódzkie Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ w celu realizacji umowy o świadczenie odpłatnych, komercyjnych świadczeń pielęgnacyjno- opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego


DYREKTOR CENTRUM
Joanna Chromiec

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
imię i nazwisko osoby odbierającej

.....
adres zamieszkania

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta

.....
imię i nazwisko pacjenta

po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym C1 przy Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ w Stroniu Śląskim przy ul. Sudeckiej 3A , w terminie wskazanym przez Zakład.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby odbierającej

DYREKTOR CENTRUM

Joanna Chromiec

Dane:

.....

Imię nazwisko

.....

Adres

.....

PESEL

OŚWIADCZENIE

**o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia
i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**

Jako pacjent Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego C1 przy Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ w Stroniu Śląskim;

• upoważniam*

.....
.....

imiona, nazwiska i numery PESEL osób upoważnionych, adres zamieszkania, adres korespondencyjny

• nie upoważniam nikogo*

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

Dane kontaktowe osób upoważnionych:

.....
.....

(numer telefonu, adres poczty elektronicznej):

Upoważnienie niniejsze udzielone jest:

- bezterminowo*

- na czas określony do dnia*

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjenta

DYREKTOR CENTRUM

Joanna Chromiec

.....
* niepotrzebne skreślić

CENNIK
świadczeń zdrowotnych

I. ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE- 4.500,00 zł brutto/miesiąc

1.	Wyżywienie w postaci 3 posiłków dziennie <ul style="list-style-type: none"> • 3 posiłki w ciągu dnia (śniadanie, obiad, kolacja) – dieta podstawowa i dieta łatwo strawna; • pięć posiłków dziennie (śniadanie, II śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja) – dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów.
2.	Podstawowa opieka medyczna lekarza internisty
3.	W razie potrzeby konsultacja lekarza chirurga, psychiatry
4.	Opieka pielęgniarska całodobowa
5.	Leczenie farmakologiczne w stanie zagrożenia życia
6.	Pielucho-majtki 2x30 szt./miesiąc
7.	Podstawowe badania laboratoryjne, badanie EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar glikemii przy użyciu glukometru
8.	Badanie lekarza chorób wewnętrznych przy przyjęciu.
9.	Rehabilitacja - 10 zabiegów w miesiącu, tj. <ul style="list-style-type: none"> • 1 zabieg z dziedziny fizykoterapii zależnie od stanu zdrowia, • ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne, • ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe w sali rehabilitacji ruchowej lub 2 terapie psychologiczne w miesiącu.
10.	Terapia zajęciowa – 4 zabiegi terapeutyczne tygodniowo, tj. <ul style="list-style-type: none"> • zajęcia grupowe (45min.) • trening umiejętności społecznych (zajęcia grupowe i indywidualne, dobór treningu w zależności od potrzeb (30 min.)
11.	Materace przeciwodleżynowe- o ile istnieje taka potrzeba
12.	Łóżko rehabilitacyjne, regulowane elektrycznie z barierkami- o ile zachodzi taka potrzeba

II. ŚWIADCZENIA DODATKOWO PŁATNE

1.	Konsultacja lekarza specjalisty spoza pakietu podstawowego	wg cennika podmiotu świadczącego usługi
2.	Terapia logopedyczna	60 zł/ godz.
3.	Terapia psychologiczna	60 zł/godz.
4.	Badania laboratoryjne i inne badania specjalistyczne	wg cennika podmiotu świadczącego usługi
5.	Opłata za transport medyczny	wg cennika podmiotu świadczącego usługi
6.	Zabiegi rehabilitacyjne:	
- JONOFORZA		25 zł/15 min.

- PRĄTENS - PRĄDY INTRFERENCYJNE - ŚWIATŁOTERAPIA (SOLLUX, BIOPTRON) - LASEROTERAPIA - MAGNETOTERAPIA - ĆWICZENIA PROWADZONE Z UDZIAŁEM FIZJOTERAPEUTY wg METOD SPECJALNYCH PNF	25 zł/15 min. 25 zł/15 min. 25 zł/15 min. 25 zł/15 min. 25 zł/15 min. 150 zł/45 min.
7. Trening umiejętności społecznych:	
- TRENING ROZWIĄZYWANIA TRUDNYCH SYTUACJI - TRENING KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ - TRENING BUDŻETOWY - TRENING W ZAKRESIE WYGLĄDU ZEWNĘTRZNEGO I HIGIENY OSOBISTEJ - TRENING KULINARNY - TRENING SAVOIR-VIVRE - TRENING ASERTYWNOŚCI - TRENING KOGNITYWNY (PAMIĘCI, ĆWICZENIA UMYŚLOWE)	45 zł/30 min. lub 55 zł/ 45 min.
8. Terapia zajęciowa:	
- ARTETERAPIA - ERGOTERAPIA - MUZYKOTERAPIA - ZAJĘCIA RELASACYJNE - CHOREOTERAPIA - BIBLIOTERAPIA - SOCJOTERAPIA - ZAJĘCIA KULTURALNO-OŚWIATOWE - WARSZTATY TEATRALNE - WARSZTATY MUZYCZNO-TANE CZNE - SEANS LAMPY ANTYDEPRESYJNA (15-30 min.)	45 zł/30 min. lub 55 zł/ 45 min. 20 zł

Istnieje możliwość pobytu w Zakładzie na okres krótszy niż jeden miesiąc.

Dzienny koszt pobytu wynosi 170,00 zł

DYREKTOR CENTRUM

Joanna Chromiec

.....
miejsowość i data

WNIOSEK O WYDANIE ZWŁOK

Proszę o wydanie zwłok

.....
imię i nazwisko osoby zmarłej

zmarłego(-ej) w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim.

Jednocześnie oświadczam, że ja

.....
imię i nazwisko osoby odbierającej zwłoki

.....
adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą

niniejszym zobowiązuję się do pochowania wydanych zwłok.

.....
czytelny podpis odbierającego zwłoki

Zwłoki wydano w dniu

.....
data wydania zwłok

.....
(imię i nazwisko osoby odbierającej, nr i seria dowodu osobistego

.....
czytelny podpis osoby wydającej zwłoki


DYREKTOR CENTRUM
Joanna Chromiec

Załącznik nr 10

*do REGULAMIN udzielania odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w ramach
opieki długoterminowej w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ*

.....
miejsowość i data

Dane:

.....
Imię nazwisko

.....
Adres

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

**pacjenta o zobowiązaniu się do regularnego dostarczenia leków, które zażywa,
zgodnie z zaleceniami lekarskimi.**

Jako pacjent **Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego C1** przy Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ w Stroniu Śląskim zobowiązuje się do dostarczania leków, które regularnie zażywam, na każde wezwanie pracowników Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ, w terminie nie dłuższym niż 2 dni od otrzymania takiego wezwania.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjenta