

**Dokumenty wymagane do wniosku o przyjęcie do Oddziału
Opiekuńczo- Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych
Niepublicznego Zakładu opieki Zdrowotnej „Medison” w Koszalinie**

1. Wniosek o przyjęcie
2. Zgoda na ponoszenie odpłatności za pobyt
3. Zgoda na przechowywanie i gromadzenie danych osobowych
4. Zgoda na przekazywanie odpłatności za pobyt– 2 x
5. Zaświadczenie lekarskie.
6. Wywiad pielęgniarSKI.
7. Wywiad socjalny.
8. Badania leboratoryjne:
 - Morfologia
 - Mocz – badanie ogólne
 - OB.
 - RTG kl. Piersiowej
 - EKG
 - HBS
9. Karta kwalifikacji pacjenta do udzielenia świadczeń w OOL (Skala Barthel)
10. Kserokopia ważnej decyzji o waloryzacji renty lub zasiłku stałym, wyrównawczym + kserokopia legitymacji emeryta lub rencisty lub zaświadczenie o zatrudnieniu i wysokości dochodu.
- 11.* Kserokopia potwierdzonego przez pracownika OOL za zgodność z oryginałem - postanowienia Sądu o ubezwłasnowolnieniu pacjenta; postanowienia o ustanowieniu opiekuna prawnego; potwierdzenie o przymusowym leczeniu w OOL.

* dotyczy osób ubezwłasnowolnionych

.....
(miejsowość, data)

WNIOSEK

Ja....., ur.

Zamieszkały (-a) w

.....
dokładny adres stałego zamieszkania (miejscowość, ulica, nr, kod pocztowy, poczta)

PESEL..... NIP.....

Dowód osobisty.....

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Oddziału Opiekuńczo- Leczniczego
Psychiatrycznego dla Dorosłych Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
„Medison” w Koszalinie; ul. Słoneczna 15; 75-642 Koszalin

.....
podpis pacjenta

.....
podpis lekarza kierującego

.....
akceptacja dyrektora

.....
(miejscowość, data)

.....
tel.....

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na ponoszenie i potrącanie z mojego konta emerytalnego /rentowego należności za pobyt w Oddziale Opiekuńczo- Leczniczym Psychiatrycznym dla Dorosłych Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Medison” w Koszalinie; zgodnie z § 6 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. (Dz. U. Nr 166 poz. 1265)

.....
podpis pacjenta

.....
(miejsowość, data)

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

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych w tutejszym Oddziale Opiekuńczo- Leczniczym Psychiatrycznym dla Dorosłych Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Medison” w Koszalinie.

.....
podpis pacjenta

Koszalin.....
Data

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

Oświadczenie

Zobowiązuje się do przekazywania kwoty..... za miesięczny pobyt
Pana/Pani.....w Oddziale Opiekuńczo- Lecznicznym
Psychiatrycznym dla Dorosłych Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
„Medison” w Koszalinie. Poczynając od dnia przyjęcia do oddziału.....
Nr konta: 6215001692 1216 9002 2737 0000

.....
czytelny podpis

Koszalin.....
Data

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

Oświadczenie

Zobowiązuje się do przekazywania kwoty..... za miesięczny pobyt
Pana/Pani.....w Oddziale Opiekuńczo- Lecznicznym
Psychiatrycznym dla Dorosłych Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
„Medison” w Koszalinie. Poczynając od dnia przyjęcia do oddziału.....
Nr konta: 6215001692 1216 9002 2737 0000

.....
czytelny podpis

(data i podpis osoby, z którą
przeprowadzono wywiad)

(data i podpis osoby
przeprowadzającej wywiad)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego

Nazwisko: Imię:
rok urodzenia , PESEL nr ubezpieczeniowy
adres

I. Wywiad

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

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

II. **Badanie przedmiotowe:** waga..... wzrost ciepłota

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....
2. Układ oddechowy
3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny*), ciśnienie krwitętno/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, jeżeli tak, to czy w stadium zakaźnym tak - nie
 - c) narkomania tak-nie
 - d) choroba psychiczna tak- nie, jeżeli 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 zakład

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

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

*) Niepotrzebne skreślić

CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE 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 mieszkanie/pokój*) czyste, suche, widne, przestronne	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 przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nieprzystosowane	3	
Suma punktów						

*) Właściwie podkreślić.

- a) **sytuacja b.** dobra: 0-4 pkt kategoria A
 b) **sytuacja** zadowalająca: 5 do 10 pkt kategoria B
 c) **sytuacja zta:** 11 do 25 pkt 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
Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych	C

l) Właściwie podkreślić.

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych	C

*) Właściwe **podkreślić**.

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 ustawowego*)**

*) Niepotrzebne skreślić.

Wywiad Socjalny do wniosku o skierowanie do Oddziału Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych Niepublicznego Zakładu opieki Zdrowotnej „Medison” w Koszalinie

I. Dane osoby:

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

II. Sytuacja osoby:

- mieszkaniowa (czy posiada własne mieszkanie lub dom, jeśli tak to, jaki i kto opłaca czynsz?).....

- czy opłaca sobie PZU, bądź inne ubezpieczenie, (jaki?).....

- czy osoba posiada opiekuna? (faktycznego, prawnego, kuratora, doradcę tymczasowego- jeżeli tak proszę o podanie danych opiekuna).....

- proszę o przedstawienie sytuacji materialnej pacjenta (emerytura, renta, zasiłek stały, inne dochody jakie?).....

- jeśli nie posiada opiekuna to, kto jest upoważniony do załatwiania spraw finansowych pacjenta?.....

- czy został złożony wniosek do innej instancji opiekuńczej, (jeśli tak proszę podać datę złożenia i instytucję?).....

Dane osoby, z którą został przeprowadzony wywiad (stopień pokrewieństwa).....

Koszalin

KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ W ZOL/ ZPO

1. Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel

Imię i nazwisko pacjenta	
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. 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie) 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny 5 = częściowo potrzebuje pomocy 10 = niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby na odległość > 50 m 15 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego, na odległość > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest samodzielny 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje częściowej pomocy 10 = niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydalania 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 = kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji ***/		

7 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić,

*/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości, ***/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

2. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			

3. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń	Nr telefonu świadczeniodawcy
1		
2		
3		

Data, podpis i pieczęć pielęgniarki