

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

.....
 (miejscowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny w Ciborzu

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:

--

*)Odpowiednie zakreślić.

.....
 imię i nazwisko, specjalizacja,
 nr prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza

WNIOSEK
O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
PSYCHIATRYCZNEGO W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM DLA
NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH SP ZOZ W CIBORZU

Nazwisko i imię	
Adres zameldowania (miejscowość, kod miejscowości,, ulica i nr domu)	
Województwo, powiat	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Dowód osobisty (seria, nr)	
Ubezważnowolniony (całkowicie, częściowo)	
Postanowienie Sądu – zgoda na umieszczenie w ZOL (sygn. akt, kto wydał)	
Postanowienie Sądu – umieszczenie w ZOL bez wymaganej zgody (sygn. akt, kto wydał)	
Kontakt z opiekunem prawnym, kuratorem, rodziną (imię i nazwisko, adres, telefon kontaktowy)	
Obecne miejsce pobytu	

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SP ZOZ w Ciborzu i na odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie z art. 18 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2017r. poz. 1938 z późn. zm.) w związku z art. 8 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (tj. Dz.U. z 2017r. poz. 1769 z późn. zm.) oraz na pokrycie z mojego konta depozytowego brakującej części opłaty.

.....
 Data i podpis osoby kierowanej do ZOL lub jej przedstawiciela ustawowego *

.....
 (potwierdzenie zgodności podpisu)

*** w przypadku, gdy z wnioskiem występuje opiekun prawny osoby kierowanej do ZOL-u w Ciborzu, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego na umieszczenie pacjenta(ki) w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym Psychiatrycznym.**

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską)

....., dnia
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

(osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego w Ciborzu)

1. Nazwisko, imię

2. Data, miejsce urodzenia

3. Miejsce zamieszkania

4. Choroba zasadnicza (wg ICD 10):

.....

5. Choroby współistniejące (wg ICD 10):

.....

6. Aktualne leczenie (leki i dawki):

.....

.....

.....

.....

7. Stan zdrowia uzasadniający skierowanie do ZOL:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba z powodu przewlekłej choroby psychicznej wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji osób drugich i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji szpitalnej.

.....
(pieczęć i podpis lekarza psychiatry)

* niepotrzebne skreślić

(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza
wykonującego indywidualną praktykę lekarską lub
indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Data, miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

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

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

II. Badania przedmiotowe: waga, wzrost, ciepłota

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

2. Układ oddechowy

3. Układ krążenia: wydolna – nie wydolna*, ciśnienie krwi, tętno.....

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 (wg ICD 10):

.....

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?

.....

e) inne:

10. Aktualnie przyjmowane leki (dawki):

.....

.....

.....

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki/ pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

.....
(data, pieczętka i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić

**KWALIFIKACJA PACJENTA
DO OBJĘCIA PIĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ**

do wniosku o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SP ZOZ w Ciburzu

1. Ocena pacjenta wg 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 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się(z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie) 0 = nie jest wstanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5 = większa pomoc (w jedną, dwie os. fizyczna) może siedzieć 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 = samodzielny.	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności zw. z higieną 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 od wózka 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny od wózka 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby > 50m 15 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego>50m	
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.	

Lp.	Nazwa czynności*	Wartość punktowa**
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje prowokowanie 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 = sporadycznie bezwiedne oddawanie moczu 10 = kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji ***		

*/ należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

**/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

***/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

2.

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

3.

Lp.	Nazwa poradni, zakładów opieki zdrowotnej udzielających specjalistycznych porad (świadczeń) ambulatoryjnych ***
1.	
2.	
3.	

.....
Data i podpis, pieczęć pielęgniarki

Legenda:

- * niepotrzebne skreślić
- ** wstawić znak X w odpowiednich pozycjach
- *** poradnia pod opieką, której znajduje się pacjent



Cibórz 25-05-2018 r.

Szanowny Pacjencie

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (**RODO**)* z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciborzu
Cibórz 5, 66-213 Skąpe**

2. Kontakt z **Inspektorem Ochrony Danych** e-mail: iod@ciborz.eu
3. **Pani/Pana** dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych (m.in. diagnozy medycznej, leczenia i zapewnienia opieki zdrowotnej) - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (**RODO***) oraz na podstawie art. 9 ust.2 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (**RODO***)
4. Obowiązek podania przez **Pacjenta** danych wynika z właściwych przepisów prawa, w szczególności z Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej oraz innych aktów wykonawczych wydanych na ich podstawie
5. Odbiorcami **Pani/Pana** danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i podmioty przetwarzające na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych
6. **Pani/Pana** dane osobowe przechowywane będą przez okres określony w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1318 z późn. zm.)
7. Posiada **Pani/Pan** prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Realizacja tych praw odbywa się w granicach określonych przepisami prawa
8. Ma **Pani/Pan** prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

RODO - rozporządzenie 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

.....
(data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

Adres: Cibórz 5, 66 - 213 Skąpe, pow. Świebodzin, woj. lubuskie
tel. (+48)68 34-19-255, -325, -335, -350, -450, -455, -525, -550; fax (+48) 68 34-19-494;
e-mail: szpital@ciborz.eu; www.ciborz.eu,

Sąd Rejonowy w Zielonej Górze VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS 0000022812,
NIP 927-16-78-629, REGON: 000292793

Cibórz, dnia

Załącznik nr 7

do Zarządzenia Wewnętrznego Nr 43/2018 . z dnia 04 grudnia 2018r.

Dotyczy potwierdzenia umieszczenia na liście osób oczekujących na przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego w Ciborzu*

(w przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego podpisuje opiekun prawny i dołącza postanowienie sądu)

Pana (-i)..... ur.....

zam..... PESEL.....

adres korespondencyjny

tel. kontaktowy

ubezwłasnowolniony (-a) (całkowicie, częściowo).....

opiekun prawny (kurator)

inne postanowienia Sądu

1) Zostałem (-am) poinformowany (-a) o wpisaniu na listę osób oczekujących na przyjęcie do ZO-L, pozycja nr

2) Po wpisaniu w kolejkę osób oczekujących do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego zobowiązuję się zgłosić do Kierownika ZO-L.

3) Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SP ZOZ w Ciborzu i na odpłatność za pobyt w tutejszej placówce zgodnie z art. 18 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2017r. poz. 1938 z późn. zm.) w związku z art. 8 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (tj. Dz.U. z 2017r. poz. 1769 z późn. zm.).

Podpis pacjenta lub/i opiekuna prawnego

Podpis lekarza dyżurnego Izby Przyjęć

*Potwierdzenie w dwóch egzemplarzach (dla pacjenta/ opiekuna prawnego i Kierownika ZO-L)

Adres do korespondencji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Dla Nerwowo i Psychicznie Chorych

SP ZOZ w Ciborzu

Kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

66-213 Skąpe

tel. (68) 34-19-455, 34-19-335 - wew. 295 lub 236

*Potwierdzenie w dwóch egzemplarzach (dla pacjenta/ opiekuna prawnego i Kierownika ZO-L)