WNIOSEK
O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA NEUROPSYCHIATRYCZNEGO IM. DR. EMILA CYRANA W LUBLIŃCU

1. DANE PERSONALNE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O MIEJSCE W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM PSYCHIATRYCZNYM:

Imię/imiona:

Nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Adres mailowy:

Źródło utrzymania: ◯ **Emerytura** ◯ **Renta** ◯ **Zasiłek stały** ◯ **Inne, ……**

Czy osoba jest ubezwłasnowolniona? ◯ **Tak** ◯ **Nie**

Jeżeli ‘tak’: ◯ **Częściowo** ◯ **Całkowicie**

2. DANE PERSONALNE OPIEKUNA PRAWNEGO LUB KURATORA:

Imię:

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Adres mailowy:

3. DANE PERSONALNE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

Imię:

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Adres mailowy:

Stopień pokrewieństwa:

4. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA, POD KTÓREGO OPIEKĄ POZOSTAJE PACJENT:

Imię:

Nazwisko:

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy do lekarza:

Rozpoznanie psychiatryczne wg ICD:

Rozpoznanie współistniejące:

5. DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- ☐ Aktualną decyzję emerytalno-rentową, decyzja rentowa, lub decyzja o zasiłku stałym, i inne dokumenty stwierdzające wysokość dochodu wnioskodawcy(np. przyznające alimenty na rzecz pacjenta, decyzja o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, tzw.500+),
- ☐ Orzeczenie o niepełnosprawności, jeśli wyżej wymieniony takowe posiada,
- ☐ Kserokopię postanowienia Sądu o ubezwłasnowolnieniu,
- ☐ Kserokopię postanowienia Sądu o umieszczeniu w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym,
- ☐ Kserokopię postanowienia o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora/zaświadczenie.

....

PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/KURATORA DATA I PODPIS OSOBY KIEROWANEJ DO ZOLP

…… ……

OZNACZENIE PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ MIEJSCOWOŚĆ I DATA

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny WSN Lubliniec

……..

NAZWA I ADRES PODMIOTU LECZNICZEGO

Po osobistym zbadaniu: ◯ **za zgodą** ◯ **bez zgody** ◯ **pacjenta**

◯ **za zgodą** ◯ **bez zgody** ◯ **przedstawiciela ustawowego**

kieruję do szpitala psychiatrycznego Pana/Panią ……

IMIĘ I NAZWISKO

zamieszkałego/zamieszkałą 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): ……..

   ……

   ……

   ……

……

IMIĘ I NAZWISKO, SPECJALIZACJA,

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU ORAZ PODPIS LEKARZA

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

1. **Imię i nazwisko:** ……
2. **PESEL:** ……
3. **Adres zamieszkania:**

   ……

   ……

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

A. ODŻYWIANIE:

- ☐ SAMODZIELNY
- ☐ WYMAGA POMOCY
- ☐ NIESAMODZIELNY
- ☐ KARMIONY PRZEZ GASTROSTOMIE
- ☐ KARMIONY PRZEZ ZGŁĘBNIK
- ☐ KARMIENIE PACJENTA Z ZABURZONYM POŁYKANIEM
- ☐ ZAKŁADANIE ZGŁĘBNIKA
- ☐ INNE UTRUDNIENIA……

B. HIGIENA CIAŁA:

- ☐ SAMODZIELNY
- ☐ PRZY POMOCY
- ☐ UTRUDNIENIA
- ☐ INNE WYMIENIONE……

C. ODDAWANIE MOCZU:

- ☐ SAMODZIELNY
- ☐ PRZY POMOCY
- ☐ UTRUDNIENIA
- ☐ CEWNIK
- ☐ INNE WYMIENIONE (NP. PAMPERSY):

  ……..

D. ODDAWANIE STOLCA:

- ☐ SAMODZIELNY
- ☐ PRZY POMOCY
- ☐ UTRUDNIENIA
- ☐ INNE WYMIENIONE (NP. PIELĘGNACJA STOMII, WYKONANIE LEWATYWY)

  ……..

E. PRZEMIESZCZANIE SIĘ PACJENTA:

- ☐ SAMODZIELNY
- ☐ PRZY POMOCY
- ☐ UTRUDNIENIA

 Z ZAAWANSOWANĄ OSTEOPOROZĄ

 INNE WYMIENIONE (SPRZĘT POMOCNICZY - KULE, CHODZIK, WÓZEK ITP.)

……

F. RANY PRZEWLEKŁE:

 ODLEŻYNY

 RANY CUKRZYCOWE

 INNE WYMIENIONE……

G. ODDYCHANIE:

 SAMODZIELNIE

 WSPOMAGANE

 INNE WYMIENIONE…….

H.ŚWIADOMOŚĆ PACJENTA:

 TAK

 NIE

 INNE …….

INNE WAŻNE WSKAZÓWKI Z ZAKRESU PIELĘGNACJI PACJENTA:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

…….. ……

DATA I MIEJSCOWOŚĆ

CZYTELNY PODPIS ORAZ PIECZĘĆ PIELĘGNIARKI PRZEPROWADZAJĄCEJ WYWIAD I NUMER WYKONYWANIA ZAWODU

……

PIECZĘĆ ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
ALBO LEKARZA WYKONUJĄCEGO INDYWIDUALNĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ
LUB INDYWIDUALNĄ SPECJALISTYCZNĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego:

   ……

2. PESEL:

   ……

3. Adres:

   ……

   ……

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

   ……

   ……

   ……

   ……

5. Badanie przedmiotowe:

   Waga: _____ Wzrost: _____ Ciepłota: _____

6. Skóra i węzły chłonne obwodowe:

   ……

   ……

   ……

7. Układ oddechowy:

   ……

   ……

   ……

8. Układ krążenia: ◯ **wydolny** ◯ **niewydolny**

   Ciśnienie krwi: _____ Tętno/min: _____

9. Układ trawienia:

   ……

   ……

   ……

10. Układ moczowo-płciowy: ……

    ……

……

11. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi: ……

……

……

12. Układ nerwowy i narządy zmysłów: ……

……

……

13. Rozpoznanie zaburzenia psychicznego lub zburzenia zachowania (choroba zasadnicza): ……

……

……

……

14. Schorzenia współistniejące: ……

……

……

……

15. Gruźlica: ◯ **tak** ◯ **nie**

16. Uzależnienie od narkotyków: ◯ **tak** ◯ **nie**

17. Choroby nowotworowe: ◯ **tak** ◯ **nie**

18. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona:

◯ **wymaga** skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego

◯ **nie wymaga** skierowania do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego Psychiatrycznego

…… ……

DATA, MIEJSCOWOŚĆ

PODPIS ORAZ PIECZĘĆ LEKARZA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALBO IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO, JEGO PODPIS ORAZ NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU, A TAKŻE NAZWA (FIRMA) PODMIOTU LECZNICZEGO, W PRZYPADKU GDY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO WYKONUJE ZAWÓD W TYM PODMIOCIE

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTÓW ZOLP WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA NEUROPSYCHIATRYCZNEGO IM. DR. EMILA W LUBLIŃCU

Szanowni Państwo,

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 2016 Nr 119 poz. 1) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu zwany dalej: „Administratorem", ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec, numer 34 353 28 11.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem: ido@wsnlc.pl
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia przez Administratora działalności leczniczej, w szczególności w celu świadczenia przez Administratora usług medycznych oraz prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej w tym szczególnie:
   a. Udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzenie dokumentacji medycznej, na podstawie przepisów prawa art. 6 ust. 1 lit. c i d oraz art. 9 ust. 2 lit. c i h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych 2016/679 (RODO).
   b. Weryfikacja uprawnień do uzyskania i rozliczanie zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie przepisów prawa art. 6 ust. 1 lit. c i d oraz art. 9 ust. 2 lit. c i h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych 2016/679 (RODO).
   c. Komunikowanie się w sprawach związanych z koordynacją udzielania świadczeń, w tym między innymi dotyczących organizacji udzielania świadczeń, oceny samopoczucia pacjenta po udzieleniu świadczenia, na podstawie przepisów prawa art. 6 ust. 1 lit. c i d oraz art. 9 ust. 2 lit. c i h ogólnego rozpo9 (RODO).
   d. Wykonywanie innych czynności pomocniczych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związanych z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, na podstawie przepisów art. 6 ust. 1 lit. b, c i d oraz art. 9 ust. 2 lit. c i h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych 2016/679 (RODO), art. 3 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym niezbędnym do realizacji powyższych celów.
5. Państwa dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora.
6. Państwa dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres przewidziany właściwym przepisem prawa.
7. Posiadają Państwo prawo do żądania dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przez jej cofnięciem.
8. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Państwa dane osobowe będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, ale nie będą profilowane.
10. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do Państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Inspektor Ochrony Danych
Artur Kostka

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu **Beata Musialik**

Zapoznałem się z treścią klauzuli: ……

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO

…….

IMIĘ I NAZWISKO

…….

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

…….

PESEL

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu i na ponoszenie odpłatności za zakwaterowanie i wyżywienie w wysokości 70% mojego dochodu zgodnie z obowiązującymi przepisami (art. 18 ustawy z dnia 27.08.2004r. o Świadczeniach Opieki Zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021r., poz. 1285 z późn. zm.)

…….

PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO/KURATORA LUB OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

…….

PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ

WYWIAD SOCJALNY

1. DANE OSOBY:

   a. IMIĘ I NAZWISKO: ……
   b. PESEL: ……
   c. IMIONA RODZICÓW PACJENTA/-TKI: ……
   d. NAZWISKO RODOWE MATKI PACJENTA/-TKI: ……
   e. MIEJSCE URODZENIA PACJENTA/-TKI: ……
   f. STAN CYWILNY: ……

2. SYTUACJA OSOBY:

   a. MIESZKANIOWA (CZY POSIADA MIESZKANIE LUB DOM; JEŚLI TAK, TO JAKIE PONOSI KOSZTY ZWIĄZANE Z UTRZYMANIEM, KTO OPŁACA CZYNSZ?)

      ……

      ……

   b. INNE OSOBY ZAMIESZKUJĄCE Z PACJENTEM (SAMOTNY, RODZINA, INNE – JAKIE?)

      ……

      ……

   c. STAŁE OPŁATY (CZY PACJENT OPŁACA PRĄD, GAZ, ABONAMENT ZA TELEFON, UBEZPIECZENIE PZU, ETC?)

      ……

      ……

   d. SYTUACJA MATERIALNA PACJENTA (JAKIE PACJENT POSIADA DOCHODY; CZY PACJENT POSIADA OBCIĄŻENIA FINANSOWE TYPU KOMORNIK, ALIMENTY, RATY, ETC?)

      ……

      ……

   e. CZY ZOSTAŁ ZŁOŻONY WNIOSEK DO INNEJ INSTYTUCJI OPIEKUŃCZEJ (JEŻELI TAK – PODAĆ NAZWĘ INSTYTUCJI I DATĘ ZŁOŻENIA WNIOSKU)?

      ……

      ……

   f. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ ZOSTAŁ PRZEPROWADZONY WYWIAD (STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA)

      ……

      ……

…… ……

DATA I PODPIS OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

DATA I PODPIS OSOBY PRZEPROWADZAJĄCEJ WYWIAD

W DNIU PRZYJĘCIA PACJENT POWINIEN MIEĆ PRZY SOBIE:

- **Dowód osobisty**
- **Wywiad socjalny**
- **Kserokopie dokumentacji medycznej**
- **Wyniki badań**: ○ OB. ○ Morfologia ○ Poziom cukru ○ AlAT ○ AspAT ○ Kreatynina ○ Hbs Ag ○ Badanie ogólne moczu ○ RTG klatki piersiowej