



**Centrum Medyczo- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu
ul. Słowackiego 85 Zakład Opiekuńczo – Lecznicy Psychiatryczny**

**PROCEDURA PRZYGOTOWANIA DOKUMENTACJI PACJENÓW KIEROWANYCH DO
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO**

Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL-u jest złożenie kompletu niezbędnych dokumentów:

1. Prośba o przyjęcie do ZOL-u Psychiatrycznego;
2. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL;
3. Skierowanie do ZOL-u psychiatrycznego im. św. Józefa w Przemyślu;
4. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie;
5. Zasady przyjęcia i pobytu w ZOL-u Psychiatrycznym;
6. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL-u Psychiatrycznego;
7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO);
8. Zgoda na ponoszenie kosztów związanych z pobytem w ZOL;
9. Upoważnienie do odbioru depozytu;
10. Oświadczenie pacjenta do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, dostępu do dokumentacji medycznej;
11. Upoważnienie do depozytu;
12. Aktualna decyzja organu emerytalno - rentowego o wysokości otrzymywanych świadczeń (kserokopia decyzji ZUS/KRUS/MOPR/MOPS/GOPS, ostatni odcinek emerytury/renty, inne zaświadczenia o dochodach);
13. Dowód osobisty i legitymacja ubezpieczenia zdrowotnego do wglądu;
14. Dokumentacja medyczna – karty informacyjne ze szpitala;
15. Postanowienie sądu (w uzasadnionych przypadkach): - o ubezwłasnowolnieniu - o ustanowieniu opiekuna prawnego - o zezwoleniu na umieszczenie podopiecznego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Przeciwwskazania do przyjęcia pacjenta:

- stany chorobowe wymagające całodobowej opieki lekarskiej lub hospitalizacji (nie prowadzimy całodobowych dyżurów lekarskich oraz nie diagnozujemy chorych - bazujemy na wcześniej postawionej diagnozie);
- terminalna faza choroby przewlekłej lub nowotworowej (opieka paliatywna);
- współistniejąca choroba zakaźna;
- uzależnienie od alkoholu lub środków psychoaktywnych.

Wskazania do przyjęcia pacjenta:

Do oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego i opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego mogą być kierowane pacjentki z rozpoznaniem wg ICD10:

- F00-F09 Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi
- F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i
- F30-F39 Zaburzenia nastroju (afektywne)
- F70-F79 Upośledzenie umysłowe



**Centrum Medyczo- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu
ul. Słowackiego 85 Zakład Opiekuńczo – Lecznicy Psychiatryczny**

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

.....
(miejsowość, data)

**SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO
Zakład Opiekuńczo – Lecznicy Psychiatryczny im. Św. Józefa w Przemyślu**

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

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: (KOD ICD10)

.....
.....

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)

*) Odpowiednie zakreślić.



WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane świadczeniobiorcy

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

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*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej
- inne niewymienione

c) oddawanie moczu

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia* cewnik

- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- pielęgnacja stomii
- wykonywanie lewatyw 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) oddychanie wspomagane

h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*

i) inne

Miejscowość, data

Podpis oraz pieczęć pielęgniarki



**Centrum Medyczo- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu
ul. Słowackiego 85 Zakład Opiekuńczo – Lecznicy Psychiatryczny**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego*.

Miejscowość, data

Podpis oraz pieczęć lekarza

*Niepotrzebne skreślić ** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, póź. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, póź. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel. *** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: "nie ma zastosowania".



**Centrum Medyczo- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu
ul. Słowackiego 85 Zakład Opiekuńczo – Lecznicy Psychiatryczny**

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko _____ Adres _____

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (DE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO - Dz.U. UE L 119, s. 1) **wyrażam** zgodę na przetwarzanie przez **CENTRUM MEDYCZO-CHARYTATYWNE im. św. Józefa w Przemyślu, ul. Słowackiego 85, 37-700** Przemyśl, moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do:

Cel przetwarzania	TAK*	NIE*
Świadczenia usług medycznych		
kontakt telefoniczny, e-mail, pocztowy		
przechowywania danych do późniejszego wykorzystania w celu świadczenia dalszych usług medycznych		

*wyrażenie zgody - zaznaczyć x przy wyborze TAK/NIE

Ks. Artur Janiec, jako administrator danych osobowych, informuje Pana/Panią, iż: podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne we wskazanych powyżej celach; posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania; informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane innym odbiorcom danych jedynie w celach koniecznych do realizacji zadania i po uprzednim poinformowaniu Panią/Pana o tym fakcie; Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane; Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich (poza kraje Unii Europejskiej i EOG - Norwegia, Islandia, Lichtenstein); kontakt do Inspektora Ochrony Pani/Pana danych m.litwin@caritas.pl podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).; dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wymienionych powyżej celów oraz wynikających z ich tytułu roszczeń; podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem świadczenia pomocy charytatywno-opiekuńczej i humanitarnej. Brak podania danych osobowych będzie skutkowało niemożnością udzielenia wsparcia; ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Miejscowość, data, podpis



OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na ponoszenie kosztów wyżywienia i zakwaterowania oraz potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie w wysokości 70 % mojego dochodu (świadczenia emerytalne, rentowe, zasiłek, renta socjalna*) oraz uiszczenie należnych opłat i dokonanie przelewu na konto: **Bank Pekao S.A O. Przemyśl numer: 89 1240 2568 1111 0010 7105 2073**

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w _____

Podpis pacjenta lub opiekuna ustawowego



UPOWAŻNIENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko: _____ PESEL: _____

1. Upoważniam Pana/Panią _____
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

adres zamieszkania _____

Nr telefonu kontaktowego: _____

Do odbioru depozytu oddziałowego.*

Nie upoważniam nikogo do odbioru depozytu oddziałowego.*

2. Odwołuję wszystkie złożone przed dniem dzisiejszym upoważnienia.*

Przemyśl, dnia _____

podpis pacjenta

podpis osoby upoważnionej przez pacjenta

*Niepotrzebne skreślić



OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko: _____ PESEL: _____

1. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.*

Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*

2. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.*

Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.*

3. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.*

Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej w przypadku śmierci.*

Odwołuję wszystkie złożone przed dniem dzisiejszym upoważnienia.*

podpis pacjenta

podpis osoby upoważnionej przez pacjenta

*-niepotrzebne skreślić



Dane dodatkowe osoby ubiegającej się o przyjęcie

1. _____
(imię i nazwisko)

2. _____
(miejsce i data urodzenia dzień – miesiąc – rok)

3. _____
(dokładny adres zamieszkania)

(PESEL)

(seria i numer dowodu osobistego)

(imiona rodziców)

4. _____
(numer legitymacji ubezpieczeniowej, legitymacji emeryta/rencisty, data wydania)

5. _____
(adres i telefon kontaktowy opiekuna, rodziny)

Oświadczam, że stosownie do treści art. 23 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz 833 z 1997r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również i w przyszłości, w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy.

miejsowość, data i podpis pacjenta



Zasady przyjęcia i pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym w Centrum Medyczno- Charytatywnym im. św. Józefa w Przemyśle

Podstawa prawna:

- art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. z 2018, poz. 1510 z późn. zm.)
- art. 8 pkt 3-13 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2004 Nr 64 póź. 593 z późniejszymi zmianami)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 20 M nr 112 póź. 654 z późniejszymi zmianami)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. póź, 731)
- Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 z dnia 14 września 2018 r. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego
- Dz.U. z 2018 r. poz. 2475 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

1. Z wnioskiem o przyjęcie do ZOL może wystąpić pacjent/pacjentka lub jego/jej opiekun prawny.
2. W przypadku, gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL psychiatrycznego nie pozwala na świadome podjęcie decyzji, a wnioskodawca nie posiada opiekuna prawnego, zgodę na umieszczenie w placówce może wyrazić Sąd Rejonowy, właściwy dla miejsca zamieszkania.
3. Termin przyjęcia wyznaczony jest w zależności od liczby wolnych miejsc, zgodnie z kolejką osób oczekujących.
4. Osoba ustanowiona przez pacjenta do kontaktu z ZOL zobowiązana jest do poinformowania Zakładu o rezygnacji z ubiegania się o przyjęcie pacjenta do ZOL, bez względu na powód rezygnacji. W przypadku rezygnacji z proponowanego terminu przyjęcia pacjent zostaje skreślony z listy osób oczekujących.
5. Decyzja o pobycie w ZOLu wydawana jest na czas nieokreślony, jednak w przypadku różnicy między faktycznym stanem zdrowia, a stanem zdrowia przedstawionym w dokumentacji do przyjęcia, pacjent może zostać wypisany z ZOLu przez lekarza prowadzącego, po wcześniejszym zawiadomieniu rodziny.
6. Odpłatność za pobyt w ZOL na podstawie *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 18 ust. 1 Dz. U. z 2018 r., poz. 1510*, tj.; miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż **kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Kwota odpowiadająca 70 % emerytury, renty-dochodu pacjenta/pacjentki – są to koszty zakwaterowania i wyżywienia.**



7. Koszty świadczeń zdrowotnych pokrywa **Narodowy Fundusz Zdrowia**.
8. **W dniu przyjęcia pacjenta do Zakładu obowiązkowa jest:**
 - obecność członka rodziny lub opiekuna ustawowego pacjenta z dowodem tożsamości,
9. **Zakład nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe pacjenta** (biżuteria, pieniądze, protezy zębowe i aparaty słuchowe).
10. Zakład nie wyraża zgody na dodatkowe zabiegi, konsultacje oraz rehabilitację, która nie została zalecona przez lekarza prowadzącego.
11. Za ewentualne zniszczenia przez pacjenta przedmiotów, rzeczy będących własnością ZOL odpowiedzialność ponosi pacjent /rodzina.
12. Odwiedziny pacjenta odbywają się w godz. 11.00-20.00.
13. Wyjście pacjenta na przepustkę możliwe jest za zgodą lekarza prowadzącego.
14. W przypadku wypisu pacjenta z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego do domu, należy złożyć ponownie dokumenty pacjenta do powtórnego przyjęcia do Zakładu.
15. Na terenie ZOL obowiązuje całkowity zakaz spożywania alkoholu pod groźbą natychmiastowego wypisu.
16. Ze względów epidemiologicznych lub z innych ważnych przyczyn może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania pacjentów.
17. Odwiedzającym nie wolno zakłócać procesu pracy, przebywać w pomieszczeniach służb medycznych, gospodarczych i technicznych (gabinetach zabiegowych, kuchni, itp.).
18. Osoba odwiedzająca pacjenta jest zobowiązana zapoznać się z niniejszym regulaminem, zachowywać się w czasie pobytu w Zakładzie kulturalnie, podporządkować się poleceniom i wskazówkom personelu. Osoby, które nie stosują się do postanowień niniejszego regulaminu lub do wskazówek personelu, albo naruszają dobra osobiste pacjentów podlegają wydaleniowi poza obręb zakładu oraz mogą być w ogóle pozbawione praw odwiedzania pacjentów.

Przyjąłem/am do wiadomości.

Miejscowość, data

Podpis pacjenta lub opiekuna ustawowego



**Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu
ul. Słowackiego 85 Zakład Opiekuńczo – Lecznicy Psychiatryczny**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo
Leczniczego o profilu psychiatrycznym w Przemyślu.

Jednocześnie nadmieniam, że ze względu na stan zdrowia oraz
niesprawność czynnościową, wymagam całodobowej opieki, której rodzina nie
jest w stanie mi zapewnić.

Imię i nazwisko Pacjenta _____

PESEL _____

Adres (z kodem pocztowym) _____

Imię i nazwisko opiekuna _____

Adres i telefon kontaktowy (opiekuna) _____

podpis pacjenta lub jego ustawowego opiekuna



**Centrum Medyczo- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu
ul. Słowackiego 85 Zakład Opiekuńczo – Lecznicy Psychiatryczny**

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

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

Miejscowość, data i podpis