

Zasady przyjęć do Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy WOŁOiZOL w Gorzycach

1. Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach jest zakładem psychiatrycznym dla mężczyzn z następującymi schorzeniami podstawowymi:

Nazwa jednostki chorobowej	Symbol ICD 10
Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	F00 - F09
Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe	F20 - F29
Zaburzenia nastroju (afektywne)	F30 - F39
Upośledzenie umysłowe	F70 - F79

2. Odmowa przyjęcia może nastąpić w szczególności gdy w badaniu, w czasie przyjęcia lekarz obok schorzenia będącego uzasadnieniem do przyjęcia, stwierdza inne, niż leczone w WOŁOiZOL w Gorzycach schorzenia, wymagające w pierwszej kolejności bezwzględnego leczenia w innym specjalistycznym podmiocie leczniczym.
3. Udzielane świadczenia zdrowotne finansuje NFZ. Koszty wyżywienia i zakwaterowania ponosi pacjent w wysokości ustalonej art. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wg zasad podanych dalej.
4. Prawne regulacje w zakresie przyjęcia do Psychiatrycznego ZOL określa prawo powszechnie obowiązujące dotyczące ochrony zdrowia psychicznego i świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz umowa z NFZ.
5. Podstawą przyjęcia jest skierowanie do szpitala psychiatrycznego - ważne 14 dni od jego wystawienia (ważność przedłuża oczekiwanie na przejęcie, jeżeli wpis na listę, nastąpi do 14 dni po wystawieniu skierowania). Wzór skierowania jest na stronie internetowej Ośrodka. Orzeczenie sądu opiekuńczego o umieszczeniu w Psychiatrycznym ZOL zastępuje skierowanie jw.
6. Do skierowania dołącza się:
- zgody i informacje na wzorach podanych dalej. Dokumenty te podpisuje osoba kierowana, a w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagany jest jej podpis i jej i przedstawiciela ustawowego;
 - postanowienia sądu opiekuńczego o umieszczeniu w Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Gorzycach bez zgody – dotyczy osoby niezdolnej do wyrażenia świadomej zgody;
 - kopie postanowień Sądu: o ubezwłasnowolnieniu, o ustanowieniu opiekuna prawnego, o uzyskaniu przez tego opiekuna zezwolenia na umieszczenie jego podopiecznego w psychiatrycznym zakładzie opiekuńczo-leczniczym – dotyczy osoby ubezwłasnowolnionej;
 - kopie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu osoby starającej się o pobyt lub osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w Psychiatrycznym ZOL (np. kopie aktualnych decyzji: ZUS/KRUS, o przyznanych świadczeniach rodzinnych, alimentacyjnych, zasiłkach stałych, oryginał zaświadczenia o dochodach z zakładu pracy);
 - kopie posiadanej dokumentacji medycznej, w tym kart z leczenia szpitalnego;
 - kopie dowodu ubezpieczenia społecznego i dowodu osobistego;
 - kopie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/orzeczenia Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia, a przy jego braku należy złożyć wniosek do odpowiedniego podmiotu w celu skierowania na komisję orzekającą o niepełnosprawności i załączyć kopię tego wniosku;
 - wypełniony wywiad pielęgniarski – na wzorze podanym dalej.
7. Zaleca się by osoba przyjmowana okazała przy przyjęciu wyniki aktualnych badań (np. morfologia, ALAT, ASPAT, bilirubina, badanie moczu, HBS, HCV, RTG płuc, itp.).
8. Skierowanie i dokumenty jw. należy dostarczyć lub przesłać na adres: WOŁOiZOL w Gorzycach, ul. Zamkowa 8, 44-350 Gorzyce, do 14 dni od dnia wystawienia skierowania.
9. Kwalifikacja do przyjęcia odbywa się w oparciu o złożone dokumenty, a termin przyjęcia ustalany jest zgodnie z obowiązującymi przepisami i osoba starająca się o przyjęcie zostaje pisemnie powiadomiona o przewidywalnym czasie przyjęcia.

ZGODA NA PRZYJĘCIE
DO PSYCHIATRYCZNEGO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W
GORZYCACH

Wyrażam zgodę na przyjęcie moje/Pana
(imię i nazwisko pacjenta)

do Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy WOŁOiZOL w Gorzycach.

.....
(miejscowość , data)

.....
(podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

OŚWIADCZENIA

W związku ze zgodą na przyjęcie moje / Pana
(imię i nazwisko pacjenta)

do Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy WOŁOiZOL w Gorzycach

oświadczam, że:

- *wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* * na ponoszenie *przeze mnie / przez mojego podopiecznego* * kosztów wyżywienia i zakwaterowania podczas pobytu *mojego / mojego podopiecznego* * w Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy WOŁOiZOL w Gorzycach, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, które poznałem.
- *wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* * na gromadzenie i przetwarzanie *moich / mojego podopiecznego* * danych osobowych dotyczących pobytu *mojego / mojego podopiecznego* * w Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy WOŁOiZOL w Gorzycach.

* *niepotrzebne skreślić*

.....
(miejscowość , data)

.....
(podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

INFORMACJE

W związku ze zgodą na przyjęcie moje/ Pana
(imię i nazwisko pacjenta)
do Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy WOŁOiZOL w Gorzycach informuję, że:

- obecnie (przed przyjęciem do Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego) *pozostaję / mój podopieczny pozostaje* * pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jn.

Imię i nazwisko lekarza	Nazwa i adres podmiotu leczniczego, w którym lekarz pracuje	Nr telefonu do lekarza lub do podmiotu leczniczego, w którym lekarz pracuje

- podczas pobytu *mojego / mojego podopiecznego* * w Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy WOŁOiZOL w Gorzycach, żyjącymi członkami rodziny *mojej / mojego podopiecznego* * lub osobami bliskimi, z którymi *chcę / mój podopieczny chce* * utrzymywać kontakt są:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Adres do kontaktu	Nr telefonu do kontaktu

* *niepotrzebne skreślić*

.....
(miejscowość , data)

.....
(podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)