Zasady przyjęć do Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy WOLOiZOL 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 WOLOiZOL 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-Leczniczym 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;
- 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:

- morfologia, elektrolity (Na, K, CL), próby wątrobowe (ALAT, AspAT), poziom bilirubiny, badanie ogólne moczu, HBS, HCV, RTG płuc – wykonane w ciągu ostatniego miesiąca przed przyjęciem.

8. Skierowanie i dokumenty jw. należy dostarczyć lub przesłać na adres: WOLOiZOL 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 WOLOiZOL 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 WOLOiZOL 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-Leczniczym przy WOLOiZOL w Gorzycach, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, które poznałem.

* *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 WOLOiZOL 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

…….....…… (miejscowość , data)

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