

**DN.0210.34.2024.ASZ**

**Zarządzenie Nr 34/2024**  
**Dyrektora Szpitala Psychiatrycznego**  
**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie**  
**z dnia 23 lutego 2024 r.**

w sprawie: wprowadzenia regulaminu Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych

Na podstawie:

- 1) § 11 ust. 2 pkt. 1 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie

**zarządzam co następuje:**

**§1**

Z dniem 23 lutego 2024 r. ulega zmianie treść „Regulaminu Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych”. Aktualny regulamin stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

**§2**

Traci moc Zarządzenie nr 78/2018 Dyrektora Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie z dnia 25 września 2018 r.

**§3**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR  
Szpitala Psychiatrycznego  
SP ZOZ w Węgorzewie

mgr Agnieszka Szalko

(podpis Dyrektora)

bez zastrzeżeń pod względem  
formalno-prawnym

Lukasz Parzych  
RADCA PRAWNY



**REGULAMIN  
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO  
DLA DOROSŁYCH  
(dalej jako „Regulamin”)**

**I. POSTANOWIENIA WSTĘPNE**

1. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny dla Dorosłych w Węgorzewie (zwany dalej również jako „ZOLP”) stanowi komórkę organizacyjną Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie (zwanego dalej „Szpitalem”).
2. Swoją działalność ZOLP prowadzi w szczególności na podstawie:
  - 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023, poz. 991 ze zm.),
  - 2) ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 ze zm.),
  - 3) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.),
  - 4) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1755 ze zm.),
3. ZOLP udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych niewymagających hospitalizacji, ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach. ZOLP zapewnia im środki farmaceutyczne, materiały medyczne, pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia i ich potrzeb.
4. Celem ZOLP jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które mają ukończony proces diagnozowania lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia lub stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym, wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, a w szczególności:
  - 1) zahamowanie istniejącego procesu chorobowego,
  - 2) złagodzenie objawów chorobowych i powodowanych nimi dolegliwości,
  - 3) zapobieganie nawrotom choroby,
  - 4) utrzymywanie i dążenie do poprawy jakości życia,



- 5) podtrzymywanie funkcjonowania pacjenta w środowisku szpitalnym,
- 6) zapewnienie pacjentowi kontaktu z rodziną.
5. ZOLP udziela świadczeń:
  - 1) pielęgnacyjnych,
  - 2) leczniczych poprzez leczenie farmakologiczne, zabiegi terapeutyczne z zastosowaniem leków, konsultacje specjalistyczne,
  - 3) diagnostycznych w zakresie podstawowych badań laboratoryjnych i radiologicznych,
  - 4) dietetycznych,
  - 5) terapii zajęciowej,
  - 6) w zakresie promocji zdrowia.
6. W zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta ZOLP:
  - 1) udziela pomocy w podstawowych czynnościach życiowych i w podnoszeniu sprawności, aktywizowaniu, a także załatwianiu spraw osobistych,
  - 2) umożliwia udział w terapii zajęciowej indywidualnej i grupowej, realizację potrzeb religijnych i kulturalnych, zapewnia warunki do rozwoju samorządności, stymuluje utrzymanie i rozwijanie kontaktów z rodziną i środowiskiem.
7. Informacje dotyczące przyjmowania skarg i wniosków zamieszcza się na tablicy informacyjnej ZOLP.

## **II. PROCEDURA SKIEROWANIA ŚWIADCZENIOBIORCY DO ZOLP**

1. Sposób i tryb kierowania osób do ZOLP, dokumentację wymaganą przy kierowaniu, w tym wzory: wniosku o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego, wywiadu pielęgniarstwa i zaświadczenia lekarskiego oraz skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.
2. Z wnioskiem o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych występuje do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego świadczenioborca. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
3. Do wniosku wskazanego w ust. 2 załącza się wywiad pielęgniarstwa oraz zaświadczenie lekarskie. Wzór wywiadu pielęgniarstwa i zaświadczenia lekarskiego stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
4. Wzór skierowania do ZOLP stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu
5. W przypadku, gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o pobyt w ZOLP nie pozwala na świadome wyrażenie zgody na piśmie, podstawą przyjęcia do ZOLP jest postanowienie Sądu Rejonowego, Wydziału Rodzinnego i Nieletnich o umieszczeniu tej osoby w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym.
6. Odmowa przyjęcia do ZOLP może nastąpić w szczególności, gdy podczas badania przeprowadzanego przy przyjęciu świadczenioborca lekarz obok schorzenia będącego podstawą do umieszczenia w ZOLP, stwierdza u niej inne niż leczone w ZOLP



- schorzenia, wymagające w pierwszej kolejności bezwzględnego leczenia w innym specjalistycznym podmiocie leczniczym.
7. W sytuacji, gdy osoba, o której mowa w ust. 5, jest pacjentem Szpitala, wniosek do Sądu Rejonowego Wydziału Rodzinnego i Nieletnich o umieszczenie tej osoby w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych składa Dyrektor/Kierownik Ośrodka Pomocy Społecznej lub przedstawiciel ustawowy osoby ubiegającej się o pobyt w ZOLP, za pośrednictwem pracownika socjalnego Szpitala. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej zgodę na jej przyjęcie w ZOLP wyraża opiekun prawny po uzyskaniu zgody Sądu Rejonowego Wydziału Rodzinnego i Nieletnich. Z kolei, gdy pacjent nie posiada rodziny, Szpital wnioskuje do Ośrodka Pomocy Społecznej właściwego ze względu na adres zamieszkania pacjenta ubiegającego się o pobyt w ZOLP o skierowanie wniosku do Sądu Rejonowego Wydziału Rodzinnego i Nieletnich o wyrażenie zgody na umieszczenie pacjenta w ZOLP. Wzór wniosku do ośrodka pomocy społecznej stanowi załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.
  8. W przypadku niewyrażenia przez osobę z zaburzeniami psychicznymi zgody na przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego Psychiatrycznego, w sytuacji konieczności jej przyjęcia, stosuje się odpowiednie przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

### **III. PROCEDURA PRZYJĘCIA ŚWIADCZENIOBIORCY I ZASADY POBYTU**

1. Świadczenioborca składa skierowanie bezpośrednio do ZOLP, Szpitala albo za pośrednictwem operatora pocztowego.
2. Do skierowania (którego wzór stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu) świadczenioborca załącza: wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie (których wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu), dokumenty stwierdzające wysokość dochodu świadczenioborcy, w szczególności: decyzję organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającą wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej, decyzję o przyznaniu zasiłku stałego, aktualne wyniki badań (morfologia, jonogram, glukoza, ASPAT, ALAT, HBS) z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających datę złożenia skierowania, badania ogólne moczu i RTG klatki piersiowej z opisem.
3. W przypadku, w którym załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu został wypełniony przez lekarza nieposiadającego specjalizacji z dziedziny psychiatrii a równocześnie brak jest posiadania jakiegokolwiek dokumentacji medycznej poświadczającej rozpoznanie z zakresu chorób psychicznych (wypis ze szpitala, dokumentacja z Poradni Zdrowia Psychicznego) dodatkowo wymaga się zaświadczenia od lekarza psychiatry potwierdzającego w/w rozpoznanie.
4. Do ZOLP przyjmowane są osoby ze stabilnym stanem somatycznym.
5. Wniosek o wydanie skierowania do zakładu, skierowanie oraz wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie nie są wymagane w przypadku gdy Sąd Opiekuńczy wyda orzeczenie o umieszczeniu świadczenioborcy w ZOLP. W takiej sytuacji orzeczenie



Sądu Opiekuńczego stanowi podstawę do umieszczenia świadczeniobiorcy w ZOLP.

6. Dostarczona do dokumentacji kwalifikacyjnej/oczekującej skala Barthel (stanowiąca załącznik nr 6 do Regulaminu) powinna być zgodna ze stanem faktycznym pacjenta, a w przypadku zmiany stanu zdrowia powinna zostać w możliwie najszybszym czasie zaktualizowana i przesłana przed przyjęciem do zakładu.
7. Kwalifikację do ZOLP dokonuje się pod kątem psychiatrycznym i internistycznym. Opinię lekarską w tym przedmiocie wystawia kierownik ZOLP.
8. Podstawą kwalifikacji do ZOLP jest rozpoznanie wiodące mieszczące się katalogu zakresów świadczeń wynikających z Rozporządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień tj.:

- 1) F00-F09
- 2) F20-F39
- 3) F70-F79

gdzie dominujące są zespoły objawowe, wymagające w pierwszej kolejności kontynuacji leczenia lub jego ewentualnej korekty. W ocenie pacjenta istotną rolą pełni skala Barthel, która jednoznacznie wskazuje na główny problem choroby będący podstawą kwalifikacji.

9. Świadczeniobiorca skierowany do ZOLP wyraża pisemną zgodę na jego umieszczenie w ZOLP i na odpłatność za pobyt w ZOLP (której wzór stanowi załącznik nr 5 do Regulaminu).
10. Świadczeniobiorca skierowany do ZOLP składa oświadczenie o braku obciążeń jego dochodów prawami osób trzecich (którego wzór stanowi załącznik nr 7 do Regulaminu).
11. ZOLP za zgodą pacjenta lub jego opiekuna prawnego występuje do odpowiedniego organu emerytalno-rentowego o przekazywanie całości świadczenia na odpowiedni, wyodrębniony rachunek bankowy Szpitala.
12. W przypadku niewyrażenia zgody, o której mowa w pkt. 11 pacjent albo jego opiekun prawny zobowiązują się do pokrywania miesięcznej opłaty za pobyt w ZOLP osobiście w kasie szpitala lub przelewem na rachunek bankowy szpitala.
13. Udzielane świadczenia zdrowotne są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Osoba przebywająca w ZOLP ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania w wysokości 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Pozostałe 30% znajduje się na rachunku depozytowym Szpitala do dyspozycji pacjenta, bądź jego opiekuna prawnego.
14. Miesięczna opłata za pobyt w ZOLP osoby skierowanej albo w nim przebywającej, jest ustalana na okres roku kalendarzowego. Jednakże jeżeli w trakcie roku nastąpi zmiana wysokości dochodu osoby przebywającej w ZOLP, ponownie ustalana będzie wysokość niniejszej opłaty za pobyt.
15. Przy ustalaniu odpłatności uwzględnia się każdy dochód świadczeniobiorcy bez względu na jego źródło.
16. Jeżeli osoba skierowana do ZOLP z powodu braku miejsca nie może być przyjęta



- do ZOLP w terminie natychmiastowym, zostaje ona wpisana na listę osób oczekujących prowadzoną przez ZOLP.
17. Osobie skierowanej do ZOLP, Kierownik ZOLP przekazuje informacje o kolejności na liście oczekujących. Wskazany termin przyjęcia może zostać przesunięty, o czym osoba skierowana zostaje niezwłocznie poinformowana.
  18. Kierownik/ koordynator ZOLP zawiadamia pisemnie lub telefonicznie osobę skierowaną do ZOLP albo zakład opieki zdrowotnej, w którym osoba ta przebywa, o terminie przyjęcia do ZOLP.
  19. W przypadkach nagłych, wynikających ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia, na wniosek lekarza, może nastąpić przyjęcie do ZOLP poza kolejnością.
  20. Pacjent przyjęty do ZOLP może ubiegać się o skierowanie do Domu Pomocy Społecznej lub innej placówki leczniczej.
  21. Do ZOLP nie są przyjmowane osoby z rozpoznaniem zasadniczymi uzależnienia od alkoholu, substancji psychoaktywnych bądź choroby zakaźnej.
  22. Do ZOLP mogą być przyjmowane osoby z rozpoznaniem współistniejącymi uzależnienia od alkoholu oraz substancji psychoaktywnych.
  23. Gdy z dostarczonych do kwalifikacji/przy przyjęciu badań wynika, że pacjent ma inne rozpoznanie niż będące podstawowym uzasadnieniem do przyjęcia do ZOLP lub jest w trakcie leczenia (onkologia) i wymaga bezwzględnego leczenia w specjalistycznym podmiocie leczniczym Kierownik/ Koordynator zakładu może odmówić przyjęcia/wpisania w kolejkę oczekujących/wykreślić z kolejki oczekujących.
  24. Przyjęcia do ZOLP odbywają się od poniedziałku do piątku po uzgodnieniu terminu z Kierownikiem/ Koordynatorem ZOLP.
  25. Przyjęcie pacjenta odbywa się w izbie przyjęć Szpitala Psychiatrycznego SP ZOZ w Węgorzewie, przy ulicy Gen. J. Bema 24. Podczas przyjęcia lekarz w czasie rzeczywistym ponownie ocenia potrzebę leczenia w ZOLP pod kątem schorzenia będącego uzasadnieniem do jego przyjęcia.
  26. Chory przyjmowany do ZOLP powinien posiadać przy sobie aktualny dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość, wymagane dokumenty oraz pełną dokumentację oryginalną/ksero potwierdzone za zgodność z oryginałem z dotychczasowego leczenia.
  27. Zameldowania pacjentów w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatrycznym dla Dorosłych w Węgorzewie dokonuje się na pobyt czasowy – na dwa lata. Szpital zastrzega sobie prawo wymeldowania przed upływem w/w terminu w związku z wypisaniem pacjenta z zakładu.
  28. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, ZOLP powiadamia niezwłocznie o tym fakcie członka rodziny, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego wskazanego w dokumentacji ZOLP.
  29. W przypadku pogorszenia stanu psychicznego bądź somatycznego pacjenta może on zostać przeniesiony do innego oddziału Szpitala bądź innego szpitala. W przypadku czasowej nieobecności pacjenta w ZOLP, przy ustaleniu opłaty za pobyt w zakładzie



- uwzględnia się liczbę dni pobytu pacjenta poza zakładem opiekuńczym, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza zakładem opiekuńczym opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.
30. Pacjent ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie Szpitala. Sposób postępowania z depozytem pacjenta, określa wewnętrzna procedura Szpitala.
  31. Pacjent ponosi odpowiedzialność materialną za przydzielone do korzystania przedmioty stanowiące własność ZOLP.
  32. Zabrania się używania w pokojach ZOLP grzałek elektrycznych, czajników elektrycznych, żelazek i jakiegokolwiek innego sprzętu elektrycznego.
  33. Za wyrządzone szkody w majątku ZOLP świadczeniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność materialną w wysokości rzeczywistych kosztów naprawienia niniejszej szkody.
  34. Pacjent zobowiązany jest do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, poddawania się wyznaczonym badaniom lekarskim i laboratoryjnym, uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych oraz pobierania przypisanych leków.
  35. Wszystkie leki pacjent winien pobierać w obecności pielęgniarki w dawkach i w porach określonych przez lekarza ZOLP. Pacjentom nie wolno stosować innych leków ani stosować zabiegów niezaleconych przez lekarza.
  36. W zakładzie została wyodrębniona konstrukcyjnie od innych pomieszczeń palarnia, odpowiednio oznaczona, służąca wyłącznie do palenia wyrobów tytoniowych.
  37. Do palarni pacjenci chodzą zgodnie z potrzebami i wyłącznie pod opieką personelu opiekuńczego/terapeutycznego.
  38. W czasie pobytu w ZOLP obowiązuje bezwzględny zakaz picia alkoholu i zażywania narkotyków.
  39. W uzasadnionych przypadkach pacjent może być poddany badaniu trzeźwości.
  40. W przypadku podejrzenia o wnoszenie do zakładu rzeczy zabronionych, przeprowadzona będzie przez personel kontrola rzeczy osobistych pacjenta, zaś niedozwolone rzeczy zdeponowane zostaną w magazynie zakładu.
  41. Nieprzestrzeganie postanowień niniejszego Regulaminu grozi dyscyplinarnym wypisaniem z ZOLP.
  42. Po przyjęciu do ZOLP pacjent zobowiązany jest do przestrzegania zasad higieny osobistej oraz posiadania własnych przyborów toaletowych, piżamy, kapci z podeszwą antypoślizgową, obuwia oraz odzieży zgodnie do pory roku.
  43. Odzież oraz przedmioty osobiste pacjent przechowuje w pokoju, w którym przebywa a w sytuacji, w której warunki techniczne na to nie pozwalają, w innych pomieszczeniach Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych.
  44. Pacjent ma możliwość korzystania z usług pralni Szpitala Psychiatrycznego SP ZOZ w Węgorzewie po uprzednim wyrażeniu zgody (wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 8 do Regulaminu).
  45. Wyjścia na teren ZOLP pacjentów odbywają się za zgodą kierownika/koordynatora/pielęgniarki oddziałowej/dyżurującej pielęgniarki zakładu, tylko i wyłącznie pod opieką personelu terapeutycznego lub opiekuńczego.



46. Lekarz ZOLP może udzielić pacjentowi przepustki. Za dni nieobecności w ZOLP oblicza się opłatę za pobyt uwzględniając liczbę dni pobytu pacjenta poza zakładem opiekuńczym, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza zakładem opiekuńczym opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.
47. W przypadku samowolnego oddalenia się pacjenta z ZOLP, pielęgniarka zakładu jest zobowiązana natychmiastowo powiadomić o tym fakcie lekarza. Lekarz podejmuje działania zgodnie z obowiązującą procedurą.
48. Wypisanie z ZOLP następuje, gdy:
  - 1) osoba przebywająca w ZOLP zostaje przeniesiona do innego szpitala,
  - 2) stan zdrowia osoby przebywającej nie wymaga dalszego leczenia w ZOLP,
  - 3) osoba przebywająca w ZOLP lub jej przedstawiciel ustawowy wystąpił z żądaniem wypisania, z zastrzeżeniem przepisów szczególnych,
  - 4) osoba przebywająca w ZOLP w sposób rażący narusza regulamin porządkowy, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej zdrowia lub życia, a także zdrowia lub życia innych osób.
49. Osoba występująca o wypis z ZOLP na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w ZOLP. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu z ZOLP na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację na tę okoliczność w dokumentacji medycznej pacjenta.
50. W przypadku wypisu pacjenta celem zapewnienia opieki przez osobę trzecią/ opiekuna prawnego wymagane jest złożenie oświadczenia, którego wzór stanowi załącznik nr 9 do Regulaminu.
51. Pacjent bądź osoba występująca w jego imieniu może pobrać rzeczy osobiste pacjenta, bądź pozostawić je w ZOLP po złożeniu oświadczenia, którego wzór stanowi załącznik nr 10 do Regulaminu.
52. Na terenie ZOLP zostało wyznaczonych 7 miejsc parkingowych (po prawej stronie od bramy wjazdowej) z tego jedno miejsce przeznaczone jest dla osób niepełnosprawnych oraz jedno dla odwiedzających. Pozostałe miejsca przeznaczone są dla pracowników zatrudnionych w ZOLP zgodnie ze schematem parkingu ZOLP.
53. Plac manewrowy po lewej stronie od bramy wjazdowej przeznaczony jest tylko i wyłącznie do dyspozycji Straży Pożarnej.

***Wzory wymaganych dokumentów do przyjęcia do ZOLP dla Dorosłych w Węgorzewie:***

*Załącznik nr 1. Wniosek o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo – leczniczego, zakładu pielęgnacyjnego,*

*Załącznik nr 2. Wywiad pielęgniarzski i zaświadczenie lekarskie,*

*Załącznik nr 3. Skierowanie do zakładu opiekuńczo – leczniczego, zakładu pielęgnacyjno –*





**SZPITAL PSYCHIATRYCZNY**  
W WĘGORZEWIE

*opiekuńczego,*

*Załącznik nr 4 Wzór Wniosku do ośrodka pomocy społecznej*

*Załącznik nr 5. Oświadczenie – zgoda na pobyt,*

*Załącznik nr 6. Skala Bartel – wraz z leczeniem stałym,*

*Załącznik nr 7. Wniosek o ustalenie odpłatności,*

***Pozostałe wzory dokumentów:***

*Załącznik nr 8. Oświadczenie – zgoda na pranie odzieży,*

*Załącznik nr 9. Oświadczenie – zapewnienie opieki dla pacjenta,*

*Załącznik nr 10. Oświadczenie – rzeczy osobiste pacjenta,*

*Załącznik nr 11. Oświadczenie – zasady pobytu i odpłatności.*

DYREKTOR  
Szpitala Psychiatrycznego  
SP ZOZ w Węgorzewie  
mgr Agnieszka Szalko



Załącznik do Regulaminu  
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
Psychiatrycznego dla Dorosłych  
w Węgorzewie

**Załącznik nr. 1**

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU  
OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy



WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI**

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 .....**

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel\*\*/\*\* .....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki,  
albo imię i nazwisko pielęgniarki  
jej podpis oraz numer wykonywania  
zawodu

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza,  
albo imię i nazwisko lekarza  
jego podpis oraz numer wykonywania  
zawodu



**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIELEGNACYJNO- OPIEKUŃCZEGO\***

**Niniejszym kieruję:**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....  
Adres do korespondencji ( jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....  
Nr telefonu do kontaktu

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

.....  
Rozpoznanie w języku wg ICD- 10 ( choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....  
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie)\*

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca\*\*

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia ( tak/nie)\*

.....  
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy ( Imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu) \*\*\*

.....  
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy ( Imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu) \*\*\*

**- do zakładu opiekuńczo- leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego\***

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis lekarza ubezpieczenia  
zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego,  
w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego  
wykonuje zawód w tym podmiocie

\*Niepotrzebne skreślić.

\*\*Jeżeli jest wymagana.

\*\*\*Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.



Załącznik do Regulaminu  
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
Psychiatrycznego dla Dorosłych w  
Węgorzewie

**Załącznik nr 4**

.....  
Data i miejscowość

.....  
.....  
.....  
adres ośrodka pomocy społecznej

**Wniosek**

Na podstawie art. 29 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wnoszę o kierowanie wniosku do Sądu Rejonowego w miejscu zamieszkania naszego pacjenta Pani/Pana

..... ur. ....  
zam.....

..... w celu umieszczenia w/w w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie.

Pani/Pan ..... jest leczona/-y w tutejszym szpitalu od ..... do nadal . Obecnie wymaga całodobowej opieki, nie posiada rodziny, która mogłaby pacjentowi taką opiekę i pomoc zapewnić. Pani/Pan .....nie jest w stanie wyrazić zgody na umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych z powodu choroby.

W związku z powyższym prosimy o wystąpienie ze stosownym wnioskiem przez Ośrodek Pomocy Społecznej w miejscu zamieszkania pacjenta.



Załącznik do Regulaminu  
Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego  
Psychiatrycznego dla Dorosłych  
w Węgorzewie

**Załącznik nr 5**

## **OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym w Węgorzewie jednostce podległej pod Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie oraz na pokrycie kosztów wyżywienia i zakwaterowania w ZOLP z tytułu uzyskanego dochodu.

Oświadczam, iż środki utrzymania, przeznaczone na opłacenie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym dla Dorosłych w Węgorzewie jednostce podległej pod Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie nie są zajęte lub obciążone prawami osób trzecich / są zajęte / obciążone przez .....  
w wysokości: .....

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis świadczeniobiorcy



Załącznik do Regulaminu  
Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego  
Psychiatrycznego dla Dorosłych  
w Węgorzewie

Załącznik nr 6

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO  
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO**

do wniosku o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych  
w Węgorzewie jednostki podległej Szpitalowi Psychiatrycznemu Samodzielnemu Publicznemu  
Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie

**1. Ocena pacjenta wg skali Barthel**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania.

.....  
Numer PESEL, a w przypadku braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Lp.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny	
3	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0-zależny 5-potrzebuje pomocy 10-niezależny w dotarciu do WC, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	
6	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 0-nie porusza się lub zależny od wózka 5-do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny od wózka 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15-niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > 50m	
7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0-nie jest w stanie 5-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej i asekuracji 10-samodzielny	
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0 - zależny 5-potrzebuje częściowo pomocy 10-nie zależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9	<b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec	





10	<b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0- nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5- czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10- panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji (suma punktów)</b>		

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga skierowania do ZOLP.

.....  
.....

.....  
Data, pieczęć i podpis lekarza

.....  
Data, pieczęć i podpis pielęgniarki

**2. Informacje dodatkowe dla Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego**

L.P.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

L.P.	Nazwa poradni/zakładu opieki zdrowotnej udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (np. endoproteza, zaćma, itp.- zakwalifikowany w kolejkę/ w trakcie oczekiwania	Nr telefonu świadczeniodawcy
1		
2		
3		
4		

.....  
Pieczęć podmiotu leczniczego kierującego do ZOLP



Załącznik do Regulaminu  
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
Psychiatrycznego dla Dorosłych w  
Węgorzewie

**Załącznik nr 7**

**WNIOSEK O USTALENIE ODPLATNOŚCI**  
**NR .....Z DNIA .....**

Na podstawie §1 ust. 1 i 3 i §8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Pielęgnacyjno-Opiekuńczego oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz.U. 2012 poz.731, z późn. zm.).

Na podstawie złożonych przez Pana/Panią ..... dokumentów, Dyrektor Szpitala Psychiatrycznego SP ZOZ w Węgorzewie ustala wysokość miesięcznej opłaty za pobyt w zakładzie na kwotę ..... na okres jednego roku od daty przyjęcia do zakładu, z zastrzeżeniem zmiany opłaty po każdorazowej zmianie wysokości Pana/Pani dochodu.

**UZASADNIENIE**

W dniu ..... Pan/i złożył/a wniosek o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego w Szpitalu Psychiatrycznym SP ZOZ w Węgorzewie.

Pan/i .....

Do wniosku dołączono wszystkie wymagane dokumenty:

- wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie
- dokument stwierdzający wysokość dochodów
- skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
- ocena pacjenta wg skali Barthel
- w przypadku osób ubezwłasnowolnionych oraz w zaawansowanym procesie otępiennym konieczne jest orzeczenie sądu opiekuńczego o wyrażeniu zgody na umieszczenie w ZOLP

Ustalono, że dochód Pana/i stanowi .....

w wysokości ..... i na tej podstawie została orzeczona opłata za pobyt z Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla Dorosłych.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami miesięczna opłata za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla Dorosłych, dla osoby dorosłej wynosi 250% najniższej emerytury lub renty i nie może przekraczać 70% dochodów osoby przebywającej z zakładzie, co w Pana/i przypadku wynosi .....

Wysokość odpłatności będzie aktualizowana w zależności od zmian kwoty uzyskanego przez Pana/Panią dochodu lub zmiany przepisów dotyczących opłat w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

.....  
Sporządził

.....  
Zatwierdził Główny Księgowy

.....  
Zatwierdził Dyrektor

Załącznik do Regulaminu



Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
Psychiatrycznego dla Dorosłych  
w Węgorzewie

**Załącznik nr 8**

Węgorzewo, dn.....

.....  
imię i nazwisko

.....

.....  
adres zamieszkania

### **OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a ..... PESEL.....  
imię i nazwisko  
oświadczam, iż wyrażam zgodę na pranie rzeczy osobistych  
moich / Pani/a\* ..... w pralni Szpitala Psychiatrycznego SP ZOZ w  
Węgorzewie.

Jednocześnie informuję, iż w przypadku uszkodzenia ubrań w związku z technologią  
prania (wysoka temperatura) nie będę rościć pretensji za ich zniszczenie.

**\*niepotrzebne skreślić**



Załącznik do Regulaminu  
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
Psychiatrycznego dla Dorosłych  
w Węgorzewie

**Załącznik nr 9**

Węgorzewo, dn.....

.....  
imię i nazwisko

.....

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że odebrałem/am z Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych w Węgorzewie dnia ..... pacjenta Pana/Panią ..... pod swoją stałą opiekę i za jego zgodą.

Miejsce przebywania wypisanego pacjenta:

.....

.....



Załącznik do Regulaminu  
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
Psychiatrycznego dla Dorosłych  
w Węgorzewie

**Załącznik nr 10**

Węgorzewo, dn.....

.....  
imię i nazwisko

.....

.....  
adres zamieszkania

### **OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż rzeczy osobiste moje / pacjenta\*  
..... w których skład wchodzi:.....

.....

- odebrałam/em z Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych w Węgorzewie,
- pozostawiam z własnej woli Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych w Węgorzewie celem oddania do użytku dla pacjentów zakładu\*

**\*niepotrzebne skreślić**



Załącznik do Regulaminu  
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
Psychiatrycznego dla Dorosłych  
w Węgorzewie

**Załącznik nr. 11**

Węgorzewo, dn.....

.....  
imię i nazwisko

.....  
.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

### **OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany(a), legitymujący się numerem PESEL.....  
oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach pobytu i odpłatności  
w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych w Węgorzewie  
Pana(i).....

W związku z powyższym, po upływie 6 miesięcy zobowiązuję się zabrać swojego(a)  
podopiecznego(a) i jednocześnie zapewnić mu(jej) dalszą opiekę i leczenie.

.....  
Podpis

α