



ZASADY POBYTU W ODDZIALE DLA UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 1983 r.
w sprawie regulaminów stacjonarnych zakładów leczenia odwykowego oraz domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu (Dz. U. z 1983 r. Nr 25, poz. 115)

§ 1.

1. Oddział dla uzależnionych od alkoholu, poza świadczeniami właściwymi dla oddziałów szpitalnych zapewnia pacjentom: świadczenia leczniczo-rehabilitacyjne, z uwzględnieniem postępowania psychoterapeutycznego i socjoterapeutycznego, pomoc w załatwianiu spraw osobistych oraz stwarza warunki umożliwiające wypisanie pacjenta lub jego przejście do innego zakładu opieki zdrowotnej lub domu pomocy społecznej.
2. Oddział współpracuje z organizacjami społecznymi prowadzącymi działalność w dziedzinie leczenia, rehabilitacji i opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu.
3. Oddział współdziała z rodziną pacjenta, jego miejscem pracy lub nauki.

§ 2.

Okres pobytu w oddziale dla uzależnionych od alkoholu nie powinien przekraczać 3 miesięcy.

§ 3.

Pacjenci oddziału są obowiązani do:

- 1) poddawania się niezbędnym badaniom lekarskim oraz czynnościom z zakresu terapii,
- 2) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem porządku i czystości pomieszczeń, w których przebywają,
- 3) przestrzegania ustalonych regulaminów i zarządzeń porządkowych oraz zaleceń personelu oddziału i rady pacjentów.

§ 4.

1. Pacjenci oddziału mają prawo do:

- 1) prowadzenia korespondencji,
 - 2) odpłatnego korzystania w ustalonych godzinach z wyznaczonego telefonu,
 - 3) przyjmowania odwiedzin co najmniej dwa razy w tygodniu w określonych dniach i godzinach,
 - 4) korzystania z urządzeń przeznaczonych dla pacjentów, jak klub, biblioteka, sala telewizyjna i inne,
 - 5) pomocy w załatwianiu spraw osobistych,
 - 6) uczestniczenia w pracach samorządu.
2. Pacjenci oddziału odwykowego mogą korzystać z własnej odzieży.
 3. Pacjenci mogą korzystać z udostępnionej im w miarę możliwości przez oddział odzieży sportowej i odzieży do terapii zajęciowej.
 4. Kierownik oddziału z uzasadnionych przyczyn może ograniczyć lub wyłączyć na czas określony korzystanie z uprawnień, o których mowa w ust. 1 pkt 2-4.

§ 5.

1. Pacjent nie może opuszczać terenu oddziału bez zezwolenia kierownika oddziału.
2. Kierownik oddziału może udzielić pacjentowi przepustki na przebywanie poza oddziałem na okres do 3 dni.
3. Pacjentowi korzystającemu z przepustki nie przysługuje wyżywienie ani ekwiwalent za wyżywienie w okresie przebywania poza oddziałem.

§ 6.

1. Wnoszenie, sprzedaż, posiadanie i spożywanie napojów alkoholowych na terenie oddziału jest zabronione.
2. Zabrania się uprawiania gier hazardowych.

§ 7.

Oddział nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze i przedmioty wartościowe nie oddane do depozytu.

§ 8.

1. Za czynności wykonywane przez pacjentów w ramach terapii zajęciowej oraz za czynności zlecane pacjentom przez radę pacjentów nie przysługuje wynagrodzenie.
2. Przedmioty wykonane w ramach terapii zajęciowej stanowią własność pacjenta, jeżeli poniósł on koszt surowca i zużytych materiałów.
3. Przedmioty wykonane w ramach terapii zajęciowej z surowca i materiałów oddziału stanowią własność oddziału. O przeznaczeniu tych przedmiotów decyduje dyrektor zakładu opieki zdrowotnej na wniosek kierownika oddziału.

§ 9.

1. Wpływy finansowe uzyskiwane ze sprzedaży przedmiotów, o których mowa w § 8 ust. 3, oraz wpływy z usług świadczonych przez pacjentów w ramach terapii zajęciowej przeznacza się na potrzeby pacjentów, a w szczególności na wyposażenie oddziału, działalność kulturalno-oświatową, dodatkowe wyżywienie oraz pomoc rzeczową dla pacjentów nie posiadających własnych oszczędności i dochodów.
2. O przeznaczeniu środków, o których mowa w ust. 1, decyduje kierownik oddziału, po zasięgnięciu opinii rady pacjentów.
3. System finansowania wydatków, o których mowa w ust. 1, regulują odrębne przepisy.

§ 10.

Pacjent, który uporczywie narusza postanowienia regulaminu oddziału lub swym postępowaniem utrudnia pracę oddziału, może być po uprzednim ostrzeżeniu przeniesiony do oddziału innego zakładu opieki zdrowotnej.

§ 11.

1. Jeżeli w czasie pobytu w oddziale zostanie stwierdzony u pacjenta stan zagrażający jego życiu albo stan, w którym pacjent stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia otoczenia, kierownik oddziału lub upoważniony przez niego pracownik medyczny może zarządzić, po wyczerpaniu innych środków, zastosowanie środków ograniczających swobodę ruchów przez przytrzymanie pacjenta, założenie kaftana bezpieczeństwa lub pasa obezwładniającego.
2. O użyciu środków wymienionych w ust. 1 sporządza się protokół, w którym zamieszcza się opis podjętych czynności, uzasadnienie ich zastosowania oraz personalia osób, które podjęły decyzję w tej sprawie.
3. Po każdym wypadku zastosowania środka ograniczającego swobodę ruchów pacjent powinien być niezwłocznie zbadany przez lekarza.

§ 12.

1. W oddziale prowadzi działalność samorząd pacjentów, którego organem jest rada pacjentów.
2. Do zadań rady pacjentów należy w szczególności:
 - 1) reprezentowanie interesów pacjenta wobec dyrektora zakładu opieki zdrowotnej i kierownika oddziału,
 - 2) współdziałanie z oddziałem w zakresie tworzenia warunków sprzyjających leczeniu i rehabilitacji oraz organizowaniu terapii zajęciowej,
 - 3) współdziałanie w kształtowaniu właściwych stosunków międzyludzkich,
 - 4) zgłaszanie wniosków w sprawach zaspokajania potrzeb bytowych i kulturalnych pacjentów,
 - 5) wykonywanie innych czynności przewidzianych w niniejszym regulaminie.
3. Szczegółowe zasady działania samorządu określa regulamin zatwierdzony przez dyrektora zakładu opieki zdrowotnej.
4. Regulamin samorządu pacjentów może przewidywać system wyróżnień i nagród oraz stosowanie kar koleżeńskich.

§ 13.

1. O wypisaniu pacjenta decyduje kierownik oddziału:
 - 1) na podstawie wyników leczenia uzasadniających jego zakończenie,
 - 2) na żądanie pacjenta w terminie do 24 godzin od chwili zgłoszenia tego żądania kierownikowi oddziału,
 - 3) z powodu naruszania przez pacjenta regulaminu oddziału,
 - 4) na wniosek rady pacjentów, jeżeli pacjent uporczywie narusza postanowienia samorządu oddziału,
 - 5) w razie samowolnego opuszczenia oddziału po upływie 48 godzin.
2. Przepisów ust. 1 pkt 2-5 nie stosuje się do pacjentów, względem których sąd orzekł obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu.

§ 14.

1. Kierownik oddziału w porozumieniu z radą pacjentów opracowuje:
 - 1) program zajęć terapeutycznych, oświatowych, sportowych i rekreacyjnych, prowadzonych w oddziale,
 - 2) tygodniowy plan zajęć prowadzonych w oddziale.
2. Program i plan zajęć podaje się do wiadomości ogółu pacjentów.

REGULAMIN ORGANIZACYJNO-PORZĄDKOWY WYKONYWANIA ŚRODKÓW ZABEZPIECZAJĄCYCH

w brzmieniu określonym w załączniku nr 6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. *w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających* (Dz. U. z 2004 r. Nr 179, poz. 1854, z późn. zm.):

§ 1.

Przy przyjęciu do oddziału psychiatrycznego – sądowego o wzmocnionym zabezpieczeniu osoba, wobec której wykonywany jest środek zabezpieczający:

- 1) jest informowana o przysługujących jej prawach i obowiązkach;
- 2) jest poddawana czynnościom mającym na celu jej identyfikację;
- 3) jest poddawana, przez personel tej samej płci, czynnościom kontrolnym na obecność przedmiotów, których posiadanie może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia tej osoby lub innych osób;
- 4) podaje informacje o posiadanych pieniądzach i przedmiotach wartościowych;
- 5) oddaje do depozytu dokumenty oraz rzeczy, o których mowa w pkt 3 i 4.

§ 2.

1. Osoba, wobec której realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, ma prawo do:

- 1) przebywania w warunkach zapewniających higienę, bezpieczeństwo, ochronę przed wszelkimi formami przemocy fizycznej bądź psychicznej oraz ochronę i poszanowanie jej godności osobistej;
 - 2) świadczeń zdrowotnych, opieki psychologicznej i wsparcia socjalnego;
 - 3) wykonywania praktyk i korzystania z usług religijnych;
 - 4) ochrony więzi rodzinnych;
 - 5) wysyłania i otrzymywania korespondencji oraz, w przypadku wydzielenia aparatów telefonicznych do użytku dla pacjentów, niekontrolowanych rozmów telefonicznych w godzinach ustalonych przez kierownika oddziału;
 - 6) poszanowania prywatności z ograniczeniami wynikającymi ze specyfiki oddziału;
 - 7) składania prośb, skarg, wniosków i odwołań do organu właściwego do ich rozpatrywania.
2. Korzystanie przez osoby, wobec których realizowany jest środek zabezpieczający, z przysługujących im praw nie może naruszać praw innych osób i zakłócać ustalonego w Szpitalu porządku.

§ 3.

Osoba, wobec której realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, ma obowiązek:

- 1) przestrzegać ustalonego w Szpitalu regulaminu;
- 2) przestrzegać zasad współżycia społecznego;
- 3) przestrzegać zasad bezpieczeństwa na terenie Szpitala;
- 4) stosować się do poleceń personelu;
- 5) poprawnie traktować inne osoby;
- 6) dbać o stan zdrowia i higienę osobistą;
- 7) dbać o kulturę osobistą i kulturę słowa;
- 8) sprzątać pomieszczenia, w których przebywa, i utrzymywać należyty porządek, chyba że aktualny stan zdrowia to uniemożliwia;
- 9) uczestniczyć w programach rehabilitacyjno-leczniczych i resocjalizacyjnych oddziału.

§ 4.

1. Personel zakładu ma prawo do kontroli rzeczy osobistych, łóżka, szafek i innych mebli oraz przedmiotów.

2. Kontroli, o której mowa w ust. 1, dokonują co najmniej dwie osoby spośród personelu; informację o przeprowadzonej kontroli umieszcza się w raporcie pielęgniarskim. W przypadku znalezienia przedmiotów zabronionych niezwłocznie informuje się o tym fakcie lekarza dyżurnego zakładu, a przedmioty te przekazuje się do depozytu.

§ 5.

Personel oddziału zobowiązany jest do:

- 1) dbania o przestrzeganie praw i obowiązków określonych w niniejszym regulaminie;
- 2) zapewniania prawidłowego procesu leczenia i rehabilitacji;
- 3) dbania o bezpieczeństwo osób leczonych, personelu i osób odwiedzających;
- 4) natychmiastowego interweniowania i reagowania w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia osób przebywających w oddziale;
- 5) systematycznego uczestniczenia w szkoleniach wewnątrzzakładowych.

§ 6.

Szpital posiada procedury postępowania na wypadek wystąpienia pożaru, buntu, ucieczki lub innych zagrożeń, uzgodnione z właściwymi jednostkami Policji, straży pożarnej i pogotowia ratunkowego.

§ 7.

Odwiedziny pacjentów odbywają się w godzinach wyznaczonych przez kierownika oddziału.

**ZASADY FUNKCJONOWANIA
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO (ZOL)
SP ZOZ PAŃSTWOWEGO SZPITALA DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH
W RYBNIKU**

Świadczenia zdrowotne

§ 1

1. Świadczeniami ZOL-u objęte są osoby z rozpoznaniem: organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi; schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe; zaburzenia nastroju (afektywne); upośledzenie umysłowe, które ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymagają hospitalizacji.
2. Do ZOL nie są przyjmowane osoby z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu, narkotyków bądź choroby zakaźnej.

Tryb przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego

§ 2

1. Z wnioskiem o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (**zał. nr 1**), może wystąpić osoba ubiegająca się o skierowanie do ZOL, albo jej przedstawiciel ustawowy, lub – za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego – inna osoba lub zakład opieki zdrowotnej.
2. W przypadku, gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o pobyt w ZOL nie pozwala na wyrażenie zgody na piśmie, podstawę do wydania decyzji kierującej do ZOL stanowi Postanowienie Sądu Opiekuńczego o umieszczenie w ZOL.
3. W sytuacji, gdy osoba, o której mowa w ust. 2, jest pacjentem tut. Szpitala, wniosek do Sądu Opiekuńczego o umieszczenie w ZOL (**zał. nr 2**) składa opiekun faktyczny osoby ubiegającej się o pobyt w ZOL za pośrednictwem Pracownika Socjalnego ds. Pacjentów tut. Szpitala. W przypadku, gdy pacjent nie posiada rodziny Szpital wnioskuje do Ośrodka Pomocy Społecznej właściwego ze względu na adres zamieszkania pacjenta ubiegającego się o pobyt w ZOL o skierowanie wniosku do Sądu Opiekuńczego w celu umieszczenia pacjenta w ZOL (**zał. nr 3**).
4. Osoba kierowana do ZOL-u lub jej opiekun prawny wyraża pisemną zgodę na odpłatność za pobyt w ZOL. Osoba przebywająca w ZOL ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania w wysokości 70 % miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Miesięczna opłata za pobyt w ZOL jest ustalana na okres roku, z zastrzeżeniem, że jeżeli w trakcie roku nastąpi zmiana wysokości dochodu osoby zobowiązanej do odpłatności za pobyt w ZOL opłata ta będzie ponownie naliczana.
5. Osoba kierowana do ZOL-u lub jej opiekun prawny powinna złożyć oświadczenie o braku obciążeń jego dochodów prawami osób trzecich.

§ 3

Do wniosku, o którym mowa w § 2 ust 1. dołącza się:

- 1) „Zaświadczenie lekarskie” (**zał. nr 4**) wydane przez lekarza psychiatrę, wskazujące jednostkę chorobową wg 4-znakowego kodu rozpoznania zgodnie z klasyfikacją ICD-10, z przedziału chorobowego F00 do F09, F20 do F29, F30 do F39, F70 do F79, co jest jednym z najważniejszych kryteriów przyjęcia. Zaświadczenie to zawiera również informację, iż osoba ubiegająca się o skierowanie do ZOL ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymaga hospitalizacji.
- 2) „Wywiad pielęgniarzki” (**zał. nr 5**) przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskową, rodzinną lub pielęgniarkę zakładu opieki zdrowotnej, w którym osoba ubiegająca się o skierowanie do ZOL przebywa.
- 3) „Kwalifikacja pacjenta do objęcia pielęgniarzką opieką długoterminową” (**zał. nr 6**).
- 4) „Wywiad socjalny” (**zał. nr 7**) przeprowadzony przez pracownika socjalnego lub pielęgniarkę środowiskową.

§ 4

Osoba ubiegająca się o przyjęcie powinna posiadać niezbędne dokumenty:

- 1) decyzję organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury albo renty, lub decyzję o przyznaniu zasiłku stałego lub renty socjalnej, (dotyczy osoby kierowanej do ZOL) lub inny dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt
- 2) dyskietkę ubezpieczenia zdrowotnego, dotyczy osób z terenów województwa śląskiego,
- 3) aktualne badania (OB, morfologię, poziom glukozy, WR, Hbs, badanie ogólne moczu, RTG klatki piersiowej).

§ 5

1. Wniosek wraz z załącznikami składa się Kierownikowi ZOL.
2. Wymagane dokumenty Kierownik ZOL niezwłocznie przekazuje do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Katowicach.

§ 6

1. Podstawą przyjęcia do ZOL jest decyzja wydana przez Marszałka Województwa Śląskiego, zwana skierowaniem do ZOL.
2. Skierowanie do ZOL wydaje się na pobyt stały albo na czas określony.
3. Skierowanie do ZOL wraz z wnioskiem i dokumentami, o których mowa w § 3, organ kierujący przekazuje kierownikowi ZOL, kopię wniosku zatrzymuje organ kierujący.

§ 7

1. Jeżeli osoba skierowana do ZOL z powodu braku miejsca nie może być przyjęta do ZOL w terminie 3 miesięcy od dnia wydania decyzji o skierowaniu, zostaje ona wpisana na listę osób oczekujących do ZOL.
2. Osobie skierowanej do ZOL przekazuje się informację o kolejności na liście oczekujących.
3. Lista osób oczekujących jest do wglądu osoby oczekującej oraz organu kontrolującego.
4. Lista osób oczekujących podlega comiesięcznej weryfikacji pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.
5. Osoba skierowana powinna być przyjęta do ZOL nie później niż w terminie 12 miesięcy od dnia wydania skierowania.
6. W przypadkach nagłych, wynikających ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia, na wniosek lekarza wyznaczonego przez organ kierujący, może być wydane skierowanie do ZOL na czas określony bez zachowania określonego trybu, a przyjęcie do ZOL może nastąpić poza kolejnością.
7. Kierownik ZOL zawiadamia pisemnie lub telefonicznie osobę skierowaną do ZOL albo zakład opieki zdrowotnej, w którym osoba ta przebywa, o terminie przyjęcia do ZOL.

§ 8

1. Przyjęcia do ZOL odbywają się w godz. od 7.00 do 15.00 w dniach od poniedziałku do piątku.
2. Osoba przyjmowana do ZOL powinna posiadać przy sobie dowód osobisty, aktualną książeczkę świadczeń medycznych oraz pełną dokumentację z dotychczasowego leczenia.
3. Przy przyjęciu do ZOL pensjonariusz powinien być zaopatrzony w:
 - przybory toaletowe (szczoteczka do zębów, pastę, mydło, szampon, krem do golenia, maszynkę, itp.),
 - piżamę,
 - papcie
 - ubranie i obuwie adekwatne do pory roku.

W przypadku nie posiadania przez pensjonariusza ww. przedmiotów zostaną one zakupione na jego koszt.

4. W momencie przyjęcia osoby skierowanej do ZOL Szpital zawiera z nią lub przedstawicielem ustawowym „Umowę o odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku” (wzór umowy – **zał. nr 8**).
5. Po zgłoszeniu się do ZOL pensjonariusz załatwia formalności związane z przyjęciem, zapoznaje się z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala, Regulaminem ZOL oraz z Kartą Praw Pacjenta, potwierdzając ten fakt podpisem w historii choroby.

§ 9

O przyjęciu do ZOL osoby skierowanej kierownik ZOL zawiadamia organ kierujący.

Pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym

§ 10

1. Zameldowania pensjonariuszy w ZOL dokonuje się na pobyt czasowy.
2. Pensjonariusz przyjęty do ZOL powinien ubiegać się o skierowanie do Domu Pomocy Społecznej lub innej placówki leczniczej.

§ 11

1. Odzież oraz przedmioty osobiste pensjonariusz przechowuje w pokoju, w którym przebywa lub, w sytuacji, w której warunki techniczne na to nie pozwalają, w innych pomieszczeniach ZOL.
2. Zabrania się używania w pokojach pensjonariuszy grzałek elektrycznych, żelazek i podobnego sprzętu elektrycznego.
3. Pensjonariusz ponosi odpowiedzialność materialną za przydzielone do korzystania przedmioty stanowiące własność ZOL.
4. Za wyrządzone szkody w majątku ZOL pensjonariusz ponosi odpowiedzialność materialną w wysokości rzeczywistych kosztów w oparciu o obowiązujące cenniki.

§ 12

1. Pensjonariusz zobowiązany jest do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, poddawania się wyznaczonym badaniom lekarskim i laboratoryjnym, uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych oraz przyjmowania w obecności pielęgniarki leków, w dawkach i w porach określonych przez lekarza.
2. Pensjonariuszom nie wolno przyjmować innych leków ani poddawać się zabiegom niezleconych przez lekarza.

§ 13

1. Na wyjście poza teren ZOL pensjonariusz powinien uzyskać zezwolenie od lekarza lub dyżurującej pielęgniarki.
2. Na podstawie ustnej lub pisemnej prośby złożonej przynajmniej 2 dni wcześniej Kierownik ZOL może udzielić pensjonariuszowi przepustki. W przypadku, gdy stan zdrowia pensjonariusza nie pozwala na samodzielny pobyt na przepustce, jest ona udzielana za jego zgodą na podstawie pisemnej prośby opiekuna prawnego lub faktycznego, który zobowiązuje się do zapewnienia pensjonariuszowi opieki w czasie pobytu na przepustce. Łączny czas przebywania na przepustkach nie może przekroczyć 30 dni w ciągu roku kalendarzowego. Za dni nieobecności ZOL nie pobiera odpłatności. Dzień wyjścia i powrotu liczony jest, jako jeden dzień pobytu w ZOL.
3. W przypadku samowolnego oddalenia się pensjonariusza z ZOL, pielęgniarka jest zobowiązana natychmiastowo powiadomić o tym fakcie lekarza. Lekarz podejmuje próbę zorganizowania powrotu pensjonariusza do ZOL. W razie potrzeby zawiadamia się policję.

§ 14

1. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pensjonariusza powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci ZOL powiadamia niezwłocznie członka rodziny albo opiekuna faktycznego lub instytucję przedstawiciela ustawowego wskazaną w dokumentacji ZOL.
2. W przypadku pogorszenia stanu psychicznego bądź somatycznego, pensjonariusz może zostać przeniesiony do innego oddziału Szpitala lub do innego podmiotu leczniczego. Na czas przeniesienia wstrzymuje się odpłatność za pobyt pacjenta w ZOL.
3. W przypadku, gdy stan zdrowia pensjonariusza kwalifikuje go do pobytu w specjalistycznym ośrodku opiekuńczo-leczniczym lub ośrodku opieki hospicyjnej lub paliatywnej, uruchamia się procedurę umieszczenia w tym ośrodku.

§ 15

1. Wypisanie z ZOL następuje, gdy:
 - osoba przebywająca w ZOL zostaje przeniesiona do innego podmiotu leczniczego, Domu Pomocy Społecznej lub innego ośrodka opieki.
 - osoba przebywająca w ZOL lub jej przedstawiciel ustawowy wystąpiła z żądaniem wypisania, z zastrzeżeniem przepisów szczególnych,
 - osoba przebywająca w ZOL w sposób rażąco narusza regulamin organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jej zdrowia albo życia i zdrowia innych osób,
 - upłynął określony w decyzji czas pobytu pensjonariusza w ZOL.
2. O wypisie pensjonariusza z ZOL Kierownik ZOL zawiadamia organ kierujący do ZOL.

**WNIOSEK o wydanie skierowania
do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego
w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Rybniku**

Nazwisko i imię	
Adres zamieszkania: ulica i nr domu	
Kod pocztowy, miejscowość	
Województwo	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
NIP	
Dowód osobisty (seria, nr)	
Nr emerytury / renty	
Telefon kontaktowy	
Kontakt z opiekunem, rodziną (imię i nazwisko, adres, telefon kontaktowy)	
Obecnie przebywa	

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie decyzji Marszałka Województwa Śląskiego, kierującej do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Rybniku.

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku i na odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie z art. 33 a ustawy z dnia 27.08.2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027 z późn. zm.)

Oświadczam, iż środki utrzymania, przeznaczone na opłacenie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku, nie są zajęte lub obciążone prawami osób trzecich / są** zajęte / obciążone** przez
..... w wysokości

Wyrażam / nie wyrażam** zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do ZOL, zgodnie z art. 23 ust.1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. *o ochronie danych osobowych* (t. j. z 2002 r. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
Data i podpis osoby kierowanej do ZOL
lub jej przedstawiciela ustawowego

*w przypadku, gdy z wnioskiem występuje opiekun prawny osoby kierowanej do ZOL-u w Rybniku, dokumentacja wymaga uzupełnienia poprzez uzyskanie przez opiekuna prawnego zezwolenia sądu opiekuńczego na umieszczenie pacjenta(ki) w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym Psychiatrycznym. Stanowisko to zgodne z aktualną praktyką ustalona wyrokiem NSA z dnia 18 maja 1999r w sprawie ISA 114/99 opublikowanym w ONSA 2000/2/82.

** niepotrzebne skreślić

Rybnik, dnia

Imię i nazwisko wnioskującego

Adres zamieszkania

Sąd Rejonowy w
Wydział Rodzinny i Nieletnich

Wniosek

Na podstawie art. 29 pkt 2, w oparciu o art. 3 pkt 2d ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 roku, Nr 111 poz. 535 z późn. zm.) wnoszę o umieszczenie

.....

.....
(imię nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania stopień pokrewieństwa osoby kierowanej do ZOL Psychiatrycznego)

..... jest leczony w Szpitalu Psychiatrycznym
(imię nazwisko)
w Rybniku od do nadal z rozpoznaniem

.....
Obecnie wymaga całodobowej opieki, a brak takiej opieki stanowi zagrożenie dla jego/jej życia.

Ze względu na
(należy podać np.: pracę zawodową, stan zdrowia, brak warunków mieszkaniowych lub inne)
nie jestem w stanie zapewnić całodobowej opieki.

..... z powodu choroby psychicznej, nie jest
(imię nazwisko)
w stanie wyrazić zgody na umieszczenie w ZOL Psychiatrycznym SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku.

Jednocześnie upoważniam administrację SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku do załatwiania dalszych formalności w celu uzyskania miejsca dla w ZOL Psychiatrycznym SP ZOZ
(imię nazwisko)
Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku.

.....
(podpis wnioskującego)

Rybnik dnia

OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
UL. ŻUŻŁOWA 25
44-200 RYBNIK

Wniosek

Na podstawie art. 29 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 roku, Nr 111, poz. 535 z późn. zm.) wnoszę o skierowanie wniosku do Sądu Rejonowego w miejscu zamieszkania

naszego pacjenta Pani / Pana

ur. zam.

w celu umieszczenia w/w w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym Psychiatrycznym SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku.

Pani / Pan jest leczona/y w tutejszej

placówce od do nadal z rozpoznaniem

.....
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 ZOL z powodu choroby psychicznej.

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

*Pieczczę zakładu opieki zdrowotnej
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego
w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku

Nazwisko i imię..... rok urodzenia
adres

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

II. Badanie przedmiotowe: waga wzrost ciepłota

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

2. Układ oddechowy

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny*, ciśnienie krwi tętno/min

4. Układ trawienia

5. Układ moczowo-płciowy

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – psychiczna, wraz z 4-znakowym kodem rozpoznania wg ICD-10):
.....
.....

9. Schorzenia współistniejące:*

a) choroba zakaźna tak – nie, jeśli tak to jaka?

b) gruźlica tak – nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym tak – nie

c) narkomania tak – nie

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji*.

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w przewlekłych schorzeniach	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Numer Oddziału NFZ pacjenta

Imię i nazwisko lekarza kierującego

Telefon kontaktowy

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

* Niepotrzebne skreślić

POUCZENIE

*w zakresie zaświadczenia lekarskiego do wniosku o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego w SP ZOZ
Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku*

1. „Zaświadczenie lekarskie” wydaje lekarz psychiatra, wskazujące jednostkę chorobową wg 4-znakowego kodu rozpoznania zgodnie z klasyfikacją ICD-10, z przedziału chorobowego F00 do F09, F20 do F29, F30 do F39, F70 do F79, co jest jednym z najważniejszych kryteriów przyjęcia. Zaświadczenie to zawiera również informację, iż osoba ubiegająca się o skierowanie do ZOL ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymaga hospitalizacji.
2. Na podstawie § 1 ust. 4 Zasad funkcjonowania Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego (ZOL) SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku do ZOL Psychiatrycznego nie są przyjmowane osoby z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu, narkotyków bądź choroby zakaźnej.

CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej						Liczba pkt
Oddzielne mieszkanie	0	Oddzielny pokój	2	Pokój wspólny z innymi osobami	3	
Usytuowanie mieszkania parter	0	Powyżej parteru z windą	2	Powyżej parteru bez windy	3	
Ogrzewanie c.o.	0	Ogrzewanie węglowe	2	Brak stałego ogrzewania	3	
Pełny dostęp do łazienki	0	Ograniczony dostęp do łazienki	2	Brak łazienki	3	
Pełny dostęp do WC	0	Ograniczony dostęp do WC	2	Dostęp do WC poza budynkiem	3	
Pełny dostęp do kuchni	0	Ograniczony dostęp do kuchni	2	Brak dostępu do kuchni	3	
Warunki higieniczne bardzo dobre mieszkanie/ pokój* czyste, suche, widne, przestronne*	0	Warunki higieniczne zadowalające mieszkanie/ pokój* dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne*	2	Warunki higieniczne złe mieszkanie / pokój* zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni*	4	
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nieprzystosowane	3	
Suma pkt						

* właściwe podkreślić

- a) sytuacja b. dobra: 0 – 4 pkt kategoria A
- b) sytuacja zadowalająca: 5 do 10 pkt kategoria B
- c) sytuacja zła: 11 do 25 pkt kategoria C

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY / ŚRODOWISKA

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria*
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny – pełna zależność od osób obcych	C

* właściwe podkreślić

**KWALIFIKACJA PACJENTA
DO OBJĘCIA PIEŁĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ**
do wniosku o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego
w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Lp.	Nazwa czynności*	
1.	Spożywanie posiłków	nie jest w stanie samodzielnie jeść
		potrzebuje pomocy w krojeniu
		samodzielny, niezależny
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie)	nie jest wstanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu
		większa pomoc (w jedną, dwie os. fizyczna) może siedzieć
		mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)
		samodzielny.
3.	Utrzymanie higieny osobistej	potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności zw. z higieną
		niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)
4.	Korzystanie z toalety (WC)	zależny
		częściowo potrzebuje pomocy
		niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby
5.	Mycie, kąpiel całego ciała	zależny
		niezależny
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)	nie porusza się samodzielnie lub zależny od wózka
		do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny od wózka
		spacery z pomocą jednej osoby > 50m
		niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > 50m
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach	nie jest samodzielny
		potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji
		samodzielny
8.	Ubieranie i rozbieranie się	zależny
		potrzebuje częściowej pomocy
		niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu	nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje prowokowanie wydalania
		sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca
		kontroluje oddawanie stolca
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego	nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany
		sporadycznie bezwiedne oddawanie moczu
		kontroluje oddawanie moczu

* należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i zaznaczyć x

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w przewlekłych schorzeniach	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Lp.	Nazwa poradni, zakładów opieki zdrowotnej udzielających specjalistycznych porad (świadczeń) ambulatoryjnych, pod opieką której znajduje się pacjent
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

.....
 Data i podpis, pieczęć pielęgniarki

Wywiad Socjalny
do wniosku o skierowanie
do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego
w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku

I. Dane Osoby

Imię i nazwisko

Data urodzenia

II. Sytuacja Osoby

- mieszkaniowa (czy posiada własne mieszkanie lub dom, jeśli tak to, jakie i kto opłaca czynsz?)

.....
.....
.....

- z kim mieszka? (sam, sama, z rodziną, inne-jakie?)

.....
.....
.....

- czy posiada telefon? (kto opłaca rachunki?)

.....
.....

- czy opłaca sobie PZU, bądź inne ubezpieczenie, (jakie?)

.....
.....

- czy osoba posiada opiekuna? (faktycznego, prawnego, kuratora, doradcę tymczasowego-jeżeli tak proszę o podanie danych opiekuna)

.....
.....
.....

- jeśli nie posiada opiekuna to, kto jest upoważniony do załatwiania spraw finansowych pacjenta?

.....
.....

- proszę o przedstawienie sytuacji materialnej pacjenta (emerytura, renta, zasiłek stały, inne dochody jakie?)

.....
.....
.....

- czy osoba posiada jakieś obciążenia finansowe (alimenty, raty, zajęcia sądowe, inne jakie?)

.....
.....
.....
.....
.....

- czy istnieje potrzeba wszczęcia procedury alimentacyjnej dla pozostałych członków rodziny osoby ubiegającej się o miejsce w zol, będącej jedynym żywicielem w rodzinie?

.....
.....
.....
.....
.....

- czy został złożony wniosek do innej instytucji opiekuńczej, (jeśli tak proszę podać datę złożenia i instytucję?)

.....
.....
.....
.....

Dane osoby, z którą został przeprowadzony wywiad (stopień pokrewieństwa)

.....
.....
.....

.....
(data, podpis osoby, z którą
przeprowadzono wywiad)

.....
(data i podpis osoby
przeprowadzającej wywiad)

Umowa z dnia
o odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie
w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym
w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku

Na podstawie art. 33a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027 z późn. zm.)

strony umowy:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku, ul. Gliwicka 33, zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem 0000057601; NIP 642-25-99-502
zwany w treści umowy Szpitalem

a

.....
zamieszkały w
PESEL, dowód osobisty seria nr,
zwany w treści umowy Pensjonariuszem

zawierają umowę o następującej treści:

§ 1.

Szpital oświadcza, że na podstawie obowiązującego Statutu uprawniony jest do prowadzenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku.

§ 2.

Szpital z dniem zobowiązuje się do zakwaterowania i wyżywienia pensjonariusza, a pensjonariusz zobowiązuje się do ponoszenia opłat z tytułu wyżywienia i zakwaterowania.

§ 3.

1. Pensjonariusz zobowiązuje się do zapłaty za świadczenia opisane w § 2 kwoty odpowiadającej 70 % jego dochodu miesięcznego w myśl przepisów o pomocy społecznej tj. kwotę zł (słownie:) miesięcznie.
2. Opłata ustalona jest na okres jednego roku od daty przyjęcia, z tym, że każdorazowa zmiana wysokości dochodu pensjonariusza albo osób zobowiązanych do ponoszenia opłat w Szpitalu powoduje ponowne ustalenie tej opłaty w drodze decyzji wydanej przez Dyrektora Szpitala, bez konieczności zawierania aneksu do niniejszej umowy.
3. Pensjonariusz oświadcza, iż wyraża zgodę na potrącanie przez Szpital kwoty ustalonej w § 3 ust. 1 niniejszej umowy, w terminie do dnia 30-go każdego miesiąca.
4. Miesięczna opłata za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym ulega obniżeniu odpowiednio o liczbę dni nieobecności w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym, pod warunkiem pisemnego poinformowania kierownika Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego przez osobę przebywającą w Szpitalu, co najmniej na 2 dni wcześniej, chyba że powiadomienie to było niemożliwe z powodów losowych, a fakt ten został uwiarygodniony.

5. Pensjonariusz, po uprzednim pisemnym powiadomieniu go przez Szpital o wysokości zaległości w opłacie za wyżywienie i zakwaterowanie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym Psychiatrycznym w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku oświadcza, iż wyraża zgodę na zaliczenie i pobranie przez Szpital kwoty przechowywanej na koncie depozytowym w depozycie głównym Szpitala na poczet zaległości w niniejszej opłacie.
6. Pensjonariusz oświadcza, iż w przypadku nie posiadania przy przyjęciu do Zakładu Opiekuńczo-Lecznym Psychiatrycznym w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku przyborów toaletowych i odzieży wymaganych zgodnie z *Zasadami funkcjonowania Zakładu Opiekuńczo-Lecznym Psychiatrycznego (ZOL) SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku* wyraża zgodę na zakup ich przez Szpital na jego koszt oraz wyraża również zgodę na zaliczenie i pobranie przez Szpital kwoty przechowywanej na koncie depozytowym w Depozycie Głównym Szpitala na poczet ich zakupu.

§ 4.

Pensjonariusz zobowiązuje się do przestrzegania wszelkich regulacji wewnętrznych obowiązujących w Szpitalu.

§ 5.

Umowa niniejsza zawarta zostaje na czas nieokreślony.

§ 6.

Strony postanawiają, że:

- a) umowa może ulec rozwiązaniu za uprzednim dwutygodniowym okresem wypowiedzenia dokonany przez Pensjonariusza
- b) Szpitalowi przysługuje prawo natychmiastowego rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku naruszenia przez Pensjonariusza postanowień, o których mowa w § 4, bądź zaprzestania uiszczania opłat, o których mowa w § 3 ust. 1 umowy.

§ 7.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie znajdują przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 8.

Sądem właściwym do rozstrzygania ewentualnych sporów jest Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Szpitala.

§ 9.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Pensjonariusz:

Szpital:

.....

.....