



Wywiad w Punkcie Zgłoszeniowo – Koordynacyjnym

Data:

Imię i nazwisko pacjenta:.....PESEL.....

Adres zamieszkania:.....

Data i godzina przyjęcia:.....

Telefon:.....

Stan społeczny*:

Mieszka ☐ sam
☐ z rodziną

Ubezważnowolnienie ☐ tak
☐ nie
☐ częściowo

Aktywność zawodowa ☐ tak
☐ nie

Dotychczasowe leczenie *

Leczony psychiatrycznie ☐ tak
☐ nie

Jeżeli TAK to z jakiego powodu:

Choroby somatyczne przebyte:

Stan psychiczny*:

Orientacja co do:
☐ miejsca
☐ czasu
☐ siebie
☐ innych

Subiektywne samopoczucie: ☐ dobre
☐ dość dobre
☐ złe
☐ bardzo złe
☐ nie do oceny

Kontakt: ☐ dobry
☐ zaburzony z powodu

Funkcje psychomotoryczne: ☐ pobudzenie
☐ niepokój
☐ zastyganie
☐ negatywizm



- ☐ zachowania impulsywne
- ☐ zachowania agresywne

Sen: ☐ norma
☐ zaburzenie, jakie.....

Objawy psychotyczne: ☐ urojenia
☐ omamy
☐ dezorganizacja myślenia

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Użytki i uzależnienia: ☐ narkotyki
☐ dopalacze
☐ leki
☐ alkohol
☐ papierosy
☐ inne

Oceny ryzyka samobójstwa: ☐ myśli S
☐ próby S w ciągu ostatniego roku
☐ myśli rezygnacyjne
☐ tendencje S
☐ samookaleczenia
☐ samobójstwa w rodzinie

Wstępny plan postępowania:

- ☐ Poradnia Zdrowia Psychicznego: ☐ lekarz ☐ psycholog
- ☐ ZLŚ
- ☐ hospitalizacja: ☐ oddział dzienny
☐ oddział stacjonarny
- ☐ skierowanie do organu pomocy społecznej



Wykaz zadań zrealizowanych w PZK:

- ☐ udzielenie informacji w zakresie działania CZP i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej
- ☐ przeprowadzenie oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK, uzgodnienie wstępnego planu postępowania oraz udzielenie wsparcia w zakresie zdefiniowanych potrzeb
- ☐ uzgodnienie terminu przyjęcia i wskazanie miejsca uzyskania świadczenia psychiatrycznego
- ☐ wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej
- ☐ udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

Cel/ powód zgłoszenia się pacjenta/ rodziny do CZP

.....

Data i podpis osoby zgłaszającej się do PZK.....

Data i podpis pracownika PZK.....

*właściwy zaznacz