



<b>WYWIAD POGŁĘBIONY /</b> <b>KARTA INTERWENCJI W PUNKCIE ZGŁOSZENIOWO-KOORDYNACYJNYM</b> (WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE)	
Data	Godzina

☐ ZGŁOSZENIE OSOBISTE      ☐ ZGŁOSZENIE TELEFONICZNE      ☐ ZGŁOSZENIE E-MAIL

**KTO DOKONUJE ZGŁOSZENIA**

*(WYPEŁNIAĆ W SYTUACJI GDY ZGŁOSZENIA NIE DOKONUJE PACJENT)*

Imię i nazwisko..... / stopień pokrewieństwa.....

Instytucja:

Kontakt:

**KTO DOKONUJE ZGŁOSZENIA (DANE PACJENTA)**

Imię i nazwisko			
PESEL	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Adres zamieszkania			
Miejsce urodzenia		Imiona rodziców	
Numer dowodu osobistego			
Kontakt			

**POWÓD ZGŁOSZENIA / OPIS SYTUACJI**

--



Pacjentowi udzielono informacji w zakresie działań Centrum Zdrowia Psychicznego i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej. Uzgodniono wstępny plan realizacji potrzeb pacjenta i wskazano termin i miejsce uzyskania niezbędnego świadczenia psychiatrycznego.

☐ **PRZYPADEK NAGŁY** – skierowany do Izby Przyjęć CZP / oddziału stacjonarnego.....

☐ **PRZYPADEK PILNY** – termin świadczenia .....miejsce świadczenia .....

☐ **PRZYPADEK STABILNY** – termin świadczenia .....miejsce świadczenia.....

Imię i nazwisko pracownika PZK.....

Data..... Podpis i pieczęćka pracownika PZK:

.....