

### HISTORIA CHOROBY OŚRODEK DZIENNEGO WSPARCIA

1. Pieczętka zakładu, nr rejestru, symbol REGON	Inne oznaczenia występujące w dokumentach (np.. dane dot. zgłoszenia)
	2. Data urodzenia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>rok</span> <span>miesiąc</span> <span>dzień</span> </div>
	Nr PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

  

3. Nazwisko .....Imiona.....  Nazwisko rodowe.....Imię ojca.....Imię matki.....	4. Płeć 1 <input type="checkbox"/> Mężczyzna 2 <input type="checkbox"/> Kobieta
---------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

  

5. Miejsce stałego zamieszkania.....  

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

Kod
pocztą
gmina lub dzielnica
województwo

1   
  
 2

  

6. Miejsce pracy ..... Symbol GUS    .....  
 Zawód.....

Nr leg. Ubezp. lub renty

  

7. Podstawa płatności:  

1

ubezpieczenie podstawowe

2

ubezpieczenie dodatkowe

3

ubezpieczenie prywatne

4

na koszt własny

  

8. Data przyjęcia:

miesiąc

dzień

  

9. Data wypisu:

miesiąc

dzień

  

10. Rozpoznanie wstępne.....

11. Choroba zasadnicza .....

12. Choroby współistniejące .....

**13. Stan cywilny:**

1	<input type="checkbox"/>	kawaler, panna
2	<input type="checkbox"/>	żonaty, zamężna
3	<input type="checkbox"/>	wdowiec, wdowa
4	<input type="checkbox"/>	rozwiedz., separow.
5	<input type="checkbox"/>	związek nieformalny
6	<input type="checkbox"/>	brak informacji

**14. Wykształcenie:**

1	<input type="checkbox"/>	bez wykształcenia
2	<input type="checkbox"/>	podstawowe
3	<input type="checkbox"/>	zawodowe
4	<input type="checkbox"/>	średnie
5	<input type="checkbox"/>	wyższe
6	<input type="checkbox"/>	brak danych

**15. Z kim mieszka:**

1	<input type="checkbox"/>	samotnie
2	<input type="checkbox"/>	z rodziną
3	<input type="checkbox"/>	z in. osobami w indyw. gosp. dom
4	<input type="checkbox"/>	dom akademicki
5	<input type="checkbox"/>	dom pomocy społecznej
6	<input type="checkbox"/>	bezdomny(a)
7	<input type="checkbox"/>	wojsko
8	<input type="checkbox"/>	inne (jakie.....)
9	<input type="checkbox"/>	brak danych

**16. Podstawowe źródło utrzymania:**

1	<input type="checkbox"/>	praca etatowa
2	<input type="checkbox"/>	samodz. Dział. Gospodarcza
3	<input type="checkbox"/>	praca dorywcza
4	<input type="checkbox"/>	rodzina
5	<input type="checkbox"/>	emeryt(ka)
6	<input type="checkbox"/>	rencista(ka), rok przyznania.....
7	<input type="checkbox"/>	zasiłek dla bezrobotnych
8	<input type="checkbox"/>	pomoc społeczna
9	<input type="checkbox"/>	inne

**17. Poprzednie leczenie w zakład psychiat./odwykowy**

1	<input type="checkbox"/>	leczony(a) i w poradni i w szpitalu
2	<input type="checkbox"/>	leczony(a) tylko w poradni
3	<input type="checkbox"/>	leczony(a) tylko w szpitalu
4	<input type="checkbox"/>	nie leczony(a)
5	<input type="checkbox"/>	brak danych

**18. Pacjent ubezwłasnowolniony**

1	<input type="checkbox"/>	całkowicie
2	<input type="checkbox"/>	częściowo
3	<input type="checkbox"/>	nie

Wyrażam zgodę na pobyt i leczenie w oddziale dziennego wsparcia w Centrum Zdrowia Psychicznego, przy ulicy Ostrowskiego 13c. Zapoznałam/em się z regulaminem Ośrodka Dziennego Wsparcia.

.....

**Data i podpis lekarza**

.....

**Data i podpis pacjenta**

## **Epikryza**

19. Wypisany(a) jako: 20. Wypisany(a) dokąd: 21. Obserwacja sądowo-psychiatryczna
- 1 ☐ wyleczony 1 ☐ do domu Art. KK, KC
- 2 ☐ z poprawą 2 ☐ do innego szpitala/oddziału psych/odw. 1 ☐ poczytalność
- 3 ☐ bez poprawy 3 ☐ do szpitala niepsychiatrycznego 2 ☐ poczytalność znacznie ograniczona
- 4 ☐ z pogorszeniem 4 ☐ do domu opieki społecznej 3 ☐ niepoczytalność
- 5 ☐ zmarł 5 ☐ oddalił(a) się samowolnie 4 ☐ środek zabezpieczający z art. 94 kk.
- 6 ☐ inne 5 ☐ środek zabezpieczający z art. 99 kk.

Oddziały, w których przebywał w trakcie obecnej hospitalizacji:

Oddział	Data przyjęcia			Data przeniesienia-wypisu		
	rok	miesiąc	dzień	rok	miesiąc	dzień

### DANE DOTYCZĄCE DALSZEGO LECZENIA PACJENTA

Wskazania do dalszego leczenia pacjenta

- 1 ☐ bezwzględnie
- 2 ☐ względnie
- 3 ☐ nie ma wskazań

Miejsce dalszego leczenia (pomocy)

- 1 ☐ poradnia zdrowia psychicznego lub odwykowa
- 2 ☐ poradnia przykliniczna/przyszpitalna
- 3 ☐ oddział dzienny psychiatryczny/odwykowy
- 4 ☐ oddział/zespół środowiskowy
- 5 ☐ lekarz prywatnie praktykujący
- 6 ☐ hostel
- 7 ☐ dom pomocy społecznej
- 8 ☐ inna opieka
- 9 ☐ nie wymaga opieki psychiatrycznej

### Oświadczenie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego:

Żądam wypisania z oddziału wbrew zaleceniom lekarskim.

Data.....

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.....

### DANE DOTYCZĄCE ZGONU PACJENTA

Data zgonu

rok

miesiąc

dzień

godz. w systemie 24-godz.....

Wyjściowa przyczyna zgonu wg rozpoznania klinicznego.....

Przyczyna zgonu wg wyniku sekcji: .....

Przyczyna zgonu wg wyniku sekcji: .....

Sekcja: 1 ☐ wykonano 2 ☐ nie wykonano Odstąpiono od sekcji: 1 ☐ na prośbę rodziny 2 ☐ z innych względów

Zebrano następujące tkanki lub narządu: .....

Inne ważne uwagi: .....

Podpis lekarza.....Data.....Podpis ordynatora.....