

ZARZĄDZENIE NR 121/2017

**Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku
z dnia 29 grudnia 2017r.
w sprawie wprowadzenia wzorów druków: „Karta działania pracownika socjalnego” oraz
„Karta wywiad socjalny”**

Zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadza się do stosowania wzory druków wchodzących w skład dokumentacji prowadzonej przez pracownika socjalnego w tutejszym Szpitalu.

1. „Karta działania pracownika socjalnego”, stanowiąca integralną część indywidualnej dokumentacji medycznej chorego - załącznik nr 1 do Zarządzenia.
2. „Wywiad socjalny”, druk stanowiący dokumentację wewnętrzną pracownika socjalnego – załącznik nr 2 do Zarządzenia.

§ 2

Traci moc zarządzenie Nr 113/2015 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku z dnia 1 grudnia 2015 r.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Karta działania pracownika socjalnego

Oddział.....

Nazwisko i imię.....nr pesel.....

Pacjent przekazany pod opiekę:

- rodziny innych osób usługi opiekuńcze
1. DOM
- pielęgniarstwa opieka długoterminowa zalecenia nadzoru pracownika socjalnego
w miejscu zamieszkania

- ZOL,ZPO DPS Hospicjum
2. PLACÓWKA
- schronisko dla bezdomnych inny szpital

Złożenie dokumentów tak

Bezpośrednie umieszczenie w placówce tak nie

3. Osoba bezdomna

4. Inne działania:

skierowanie dokumentów na orzeczenie stopnia niepełnosprawności

złożenie dokumentów do ZUS, KRUS

5. Ubezpieczenia wyjaśnienia decyzje

6. Inne:

7. Zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki zaopatrzenia comiesięcznego

tak nie

ilość zleceń

Data

Podpis i pieczęć pracownika socjalnego

Pracownicy Socjalni

WYWIAD SOCJALNY, dnia.....

Nazwisko i imię.....

Data i miejsce urodzenia.....

Imiona rodziców.....Stan cywilny.....

Nr pesel.....Nr dowodu os.....

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania

Ubezpieczenie.....

.....

Osoba do kontakt.....

.....tel.....

Członkowie rodziny:

Nazwisko i imię

Miejsce zamieszkania

tel.

Nazwa oddziału.....Nr sali.....

Lekarz leczący.....

Data przyjęciadata wypisu.....

Rozpoznanie choroby:.....

.....

.....

.....

Sprawność psychofizyczna.....

.....

Plan działania:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....