



Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL:

Rodzaj zabiegu:

INFORMACJA TELEFONICZNA: (32) 770 14 15 oraz (32) 245 35 49

WYPEŁNIA PACJENT

1. Schorzenia (jeżeli którekolwiek z niżej wymienionych schorzeń Ciebie dotyczy zaznacz pole obok):

nos, uszy, gardło

- problemy ze słuchem
- zapalenie migdałów
- częsty nieżyt nosa
- bóle gardła
- inne

układ sercowo-naczyniowy

- bardzo szybko się męczę
- zdiagnozowana wada serca
- zdarzają się omdlenia
- inne

alergie

- pokarmowe
- pyłki, kurz, sierść zwierząt
- na leki
- inne

układ oddechowy

- kaszel
- astma
- zapalenie płuc
- gruźlica
- inne

układ nerwowy

- utrata przytomności
- padaczka
- zawroty głowy
- inne

układ krwionośny

- skłonność do krwawień
- łatwo powstają siniaki
- inne

2. Wcześniejsze leczenie:

- hospitalizacje
- operacje
- znieczulenie ogólne
- inne choroby i schorzenia

leczę się w poradni specjalistycznej:

- kardiologicznej
- neurologicznej
- alergologicznej
- innej

3. Zażywane aktualnie leki, dawkowanie:

.....
.....

Oświadczam, iż nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia

.....
(data)

.....
(czytelny podpis pacjenta)

- Informacje, których Państwo udzielacie są istotne dla Państwa bezpieczeństwa i przebiegu leczenia. Prosimy o staranne udzielenie odpowiedzi.
- Prosimy o wypisanie odpowiedzi literami drukowanymi.
- Kwestionariusz jest podzielony na 2 części. Część dla pacjenta należy wypełnić osobiście, o wypełnienie drugiej części należy poprosić swojego lekarza rodzinnego.



Imię i nazwisko:

PESEL:

Celem sprawnego przeprowadzenia planowanego zabiegu operacyjnego w systemie chirurgii jednego dnia uprzejmie prosimy Panią/Pana Doktora o opinię o aktualnym stanie zdrowia w/w pacjenta. Prosimy o wypełnienie opinii nie wcześniej niż 10 dni przed terminem zabiegu.

WYPEŁNIA LEKARZ POZ / SPECJALISTA*

1. Wywiad, przebyte i aktualne choroby, operacje:

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

Uczulenia:

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

2. Badania przedmiotowe, czy występują odchylenia od stanu fizjologicznego, jeśli tak to jakie?

Skóra, węzły chłonne:

Układ oddechowy:

Układ trawienny:

Układ krążenia:

Układ moczowo-płciowy:

RR / HR

3. Wyniki ostatnio wykonanych badań laboratoryjnych:

.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczętka i czytelny podpis lekarza POZ)

* w przypadku pacjenta pozostającego w leczeniu w poradni specjalistycznej wypełnia lekarz specjalista



INFORMACJE MEDYCZNE DLA PACJENTÓW OPEROWANYCH w NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej Ośrodek Chirurgii Jednego Dnia

1. Ze skierowaniem pacjent zgłasza się do rejestracji gdzie zostaje wpisany na listę pacjentów oczekujących. Zostaje wyznaczony termin badań specjalistycznych.
2. W wyznaczonym dniu zabiegu o ustalonej godzinie należy zgłosić się do Ośrodka Chirurgii Jednego Dnia.
3. Wymagane dokumenty / informacje:
 - a) Skierowanie do Szpitala (Ośrodek Chirurgii Jednego Dnia) wypisane przez lekarza.
 - b) Dowód osobisty, paszport albo prawo jazdy (weryfikacja danych – Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniobiorców).
 - c) Jeżeli w wyniku weryfikacji NFZ, uprawnienia do świadczeń nie zostaną potwierdzone, a pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych, ubezpieczenie można potwierdzić poprzez przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń w postaci:
 - zaświadczenia z zakładu pracy, lub
 - legitymacji emeryta lub rencisty albo aktualnego przekazu emerytury lub renty, lub
 - aktualnego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z dowodem opłacenia składek za ostatni miesiąc,
 - oraz złożenie pisemnego oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń (formularze dostępne w naszej rejestracji);
 - d) Kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej (karty wypisowe z leczenia szpitalnego, wyniki badań, konsultacji, itd.).
 - e) Ankieta (załączona) wraz z opinią o stanie zdrowia od lekarza POZ.
4. W dniu przyjęcia, aby można było przeprowadzić zabieg, pacjent:
 - a) Powinien być zdrowy.
 - b) Pozostawać na czczo (tzn. bez jedzenia i picia przez co najmniej 6 godzin).
5. Wymagane badania: skierowanie z Przychodni Medycyny Rodzinnej, punkt pobrań Świętochłowice, ul. Bytomska 5
 - a) Morfologia.
 - b) Czas i wskaźnik protrombinowy.
 - c) Kreatynina.
 - d) Elektrolity.
 - e) Czas APTT.
 - f) Poziom cukru.
 - g) EKG.
6. Pozostałe informacje:
 - a) Prosimy o zabranie rzeczy osobistych koniecznych przy pobycie w szpitalu (piżama, papcie, wkładki higieniczne).
 - b) Prosimy o wnikliwą analizę i wypełnienie ankiety, którą otrzymaliście Państwo do domu, jest ona bardzo ważna dla Państwa bezpieczeństwa.

W przypadku rezygnacji lub zmiany terminu prosimy o kontakt nr (32) 770 14 15 lub (32) 245 35 49.