



SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3
44-200 Rybnik, ul. Energetyków 46
ODDZIAŁ OKULISTYCZNY
tel. sekretariat 324291152

KARTA PACJENTA DO PLANOWEGO PRZYJĘCIA ODDZIAŁ OKULISTYCZNY

Imię i nazwisko pacjenta

Data i godz. planowego przyjęcia

W dniu planowego przyjęcia należy zgłosić się do: **Izby Przyjęć Planowych, Pawilon nr 5, wysoki budynek, parter szpitala, główne wejście, pokój nr 19**

RODZAJ ZABIEGU : ZABIEG USUNIĘCIA ZAĆMY ZABIEGI WITREO-RETINALNE

ZABIEGI PRZECIWKASKROWE GONIOTOMIA ZABIEGI NA POWIECE

W dniu przyjęcia do Oddziału: można zjeść śniadanie trzeba być na czczo

.....
podpis osoby wpisującej na listę

- Dnia _____ w godz. 10:00 – 12.00 (zalecane godziny) proszę zgłosić się na czczo do **Punktu Pobrań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej** (na parterze w Pawilonie nr 2, wejście od strony parkingu ogólnodostępnego i przystanku autobusowego, w pobliżu wejścia do Poradni Specjalistycznych, tel. 324291086) celem wykonania badań laboratoryjnych **Wyniki należy odebrać następnego dnia w godz. 07:15 – 13:00 z Punktu Pobrań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.**
- W dniu badań laboratoryjnych w godz. 08:00 – 11:00 proszę zgłosić się do **Centrum Diagnostyki** (II piętro) celem wykonania **EKG.**
- W dniu poprzedzającym przyjęcie należy dokładnie umyć całe ciało i włosy.
- W dniu przyjęcia rano pacjent może przyjąć **JEDYNIĘ** leki na ciśnienie, serce i tarczycę. Osoby pobierające insulinę nie mogą jej przyjąć, ale muszą zabrać ją ze sobą do przyjęcia.

Do szpitala należy zabrać ze sobą:

1. Leki i inne środki zażywane na stałe (oryginalne opakowania) w celu weryfikacji oraz ich pisemny wykaz wraz z dawkowaniem w opisanym imieniem, nazwiskiem pojemniku.
2. Wyniki badań laboratoryjnych (morfologia, układ krzepnięcia, jonogram, glukoza, kreatynina), ekg, zaświadczenie o ogólnym stanie zdrowia.

Pacjenci nieposiadający w/w dokumentów proszeni są o udanie się do sekretariatu Oddziału Okulistycznego (pok. nr 24 piętro 11) celem wyjaśnienia i ewentualnej zmiany terminu.

3. Dokumenty: dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość, dokumentację dotychczasowego leczenia.
4. Piżamę lub koszulę nocną, szlafrok, dres, obuwie (zalecane antypoślizgowe z pełną piętą).

W przypadku zabiegów z zaplanowanym pobytem więcej niż 12 godz.: przybory toaletowe - m. in. mydło, ręcznik, szczoteczka i pastę do zębów, przybory do golenia, grzebień.

5. Futerał na okulary, pojemnik z płynem na soczewki, pojemnik na protezę zębową; jeżeli pacjent używa.
6. Dodatkowo pacjent może zabrać do szpitala wodę mineralną niegazowaną.

- Na Sali Operacyjnej:** – nie można mieć własnej bielizny (wyjątkiem są majtki jednorazowe) , protezy zębowej, makijażu, biżuterii,
– długie włosy muszą być spięte gumką,
– pacjent jest monitorowany, dlatego paznokcie muszą być niepomalowane, bez tipsów, paznokci żelowych.

W Szpitalu pacjent może przechowywać produkty żywnościowe w ilości możliwej do zjedzenia w krótkim czasie, w pojemnikach opisanych imieniem i nazwiskiem pacjenta. Ponieważ Szpital nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy, które pacjent podczas hospitalizacji ma przy sobie, zaleca się nie zabierać do Szpitala rzeczy wartościowych (w szczególnych sytuacjach rzeczy wartościowe można przechowywać w Depozycie Rzeczy Wartościowych).

Jeżeli pacjent nie może zgłosić się do Szpitala w wyznaczonym terminie (np. z powodu infekcji, rezygnacji) prosimy o kontakt z Sekretariatem Oddziału Okulistycznego pod nr ☎ 32 429 1152

DANE PACJENTA NIEZBĘDNE DO WYPISANIA HISTORII CHOROBY
(wypełnia pacjent/przedstawiciel ustawowy - prosimy wypełnić literami drukowanymi)

IMIĘ

NAZWISKO

DATA URODZENIA _ _ / _ _ / _ _ _ _ MIEJSCE URODZENIA

PESEL _ _ _ _ _ TELEFON

ADRES ZAMIESZKANIA (z kodem pocztowym)

.....

NIP ZAKŁADU PRACY.....

I. Osoby, które upoważniam do uzyskiwania informacji na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych to:

1 adres

..... telefon

2 adres.....

..... telefon

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

II. Do uzyskiwania dokumentacji upoważniam: jak wyżej w pkt. I

1 adres

..... telefon

2 adres

..... telefon

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji.

.....
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego