



**KARTA PACJENTA DO PLANOWEGO PRZYJĘCIA
ODDZIAŁ REHABILITACYJNY Z PODODDZIAŁEM
REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ**

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data i godz. planowego przyjęcia.....godz. 10.00 - 11.00

.....
czytelny podpis osoby wpisującej na listę

Do przyjęcia należy zgłosić się do Pawilonu nr 6 (niski budynek naprzeciw parkingu) do Izby Przyjęć pokój nr 36 (parter). W dniu planowego przyjęcia do Oddziału nie trzeba być na czczo. Oddział Rehabilitacyjny znajduje się na 1 piętrze, Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej na -1.

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. Informację od lekarza rodzinnego o ogólnym stanie zdrowia.
3. Dokumenty: dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość (paszport, prawo jazdy), dokumentację dotychczasowego leczenia (np. wyniki badań, w tym rtg, tomografii - opis wraz z płytą, wypisy z poprzednich pobytów w szpitalach, paszport rozrusznika/ kardiowertera – jeżeli pacjent posiada), oraz niniejszy formularz.
4. Piżamę lub koszulę nocną, szlafrok, dres, obuwie (zalecane antypoślizgowe z pełną piętą), kubek, talerzyk, sztućce, przybory toaletowe - m. in. mydło, ręcznik, duży ręcznik (na zabiegi), szczoteczkę i pastę do zębów, przybory do golenia, szampon, grzebień.
5. Futerał na okulary, pojemnik z płynem na soczewki, pojemnik na protezę zębową; jeżeli pacjent używa.
6. Dodatkowo pacjent powinien zabrać do szpitala wodę mineralną niegazowaną.
7. Jeżeli pacjent używa – balkonik, wózek inwalidzki, orteza (łuska), kule, kijki do nordic walking.

W dniu przyjęcia pacjent otrzymuje obiad i kolację, w dniu wypisu śniadanie. Wypis o godzinie 10:00.

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
prosimy o pilny kontakt w godzinach od 08.00 – 14.00
z sekretariatem oddziału 32 4291962 ☎ lub z Pielęgniarką Oddziałową ☎ 32 4291951
Sekretariat znajduje się na 1 piętrze w pomieszczeniu 1.86.***

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)

1. 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.

2. Do uzyskiwania dokumentacji upoważniam: jak wyżej w pkt.1

1 adres

..... telefon

2 adres

..... telefon

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji.

.....
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego