



SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3  
44-200 Rybnik, ul. Energetyków 46

**Kliniczny Oddział Położniczo-  
Ginekologiczny i Ginekologii  
Onkologicznej**  
tel. kontaktowy 324291410

## KARTA PACJENTA DO PLANOWEGO PRZYJĘCIA KLINICZNY ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY I GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ

Imię i nazwisko pacjentki .....

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 22**

Rozpoznanie .....ICD10 .....

Rodzaj zabiegu .....

Zabieg wymaga oznaczenia grupy krwi:  tak  nie

.....  
*podpis osoby wpisującej na listę*

- Dnia \_\_\_\_\_ w godz. **07:15 – 11:00** (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. 32 429 1086) celem wykonania badań laboratoryjnych (mocz - jeżeli dotyczy, dostarczyć w pojemniku zakupionym w aptece) . **Wyniki należy odebrać przed konsultacją anestezjologiczną 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**.
- Dnia \_\_\_\_\_ w godz. \_\_\_\_\_ proszę zgłosić się do **Punktu Konsultacji Anestezjologicznej** (Poradnie Specjalistyczne – II piętro, pokój nr 230 i 231 **z wynikami badań, posiadaną dokumentacją medyczną (np. wypisy szpitalne), wykazem leków zażywanych na stałe, Kartą Konsultacji Anestezjologicznej – jeżeli dotyczy, formularzem świadomej zgody na znieczulenie oraz niniejszym formularzem.**
- W dniu poprzedzającym przyjęcie wieczorem lub w dniu przyjęcia rano dokładnie umyć całe ciało i włosy.
- **Pacjenci, którzy mają wyznaczoną datę przyjęcia w dzień roboczy muszą być na czczo (ostatni posiłek i płyny maksymalnie 6 godzin przed przyjęciem). Pacjenci, którzy mają wyznaczoną datę przyjęcia na niedzielę mogą w domu zjeść śniadanie i obiad.**

### 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.**
2. Dokumenty: dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość, dokumentację dotychczasowego leczenia (np. wyniki badań tomografii - opis wraz z płytą, wypisy z poprzednich pobytów w szpitalach, paszport kardiowertera), Kartę Konsultacji Anestezjologicznej – jeżeli dotyczy, formularz świadomej zgody na znieczulenie oraz niniejszy formularz.
3. Piżamę lub koszulę nocną, szlafrok, dres, obuwie (zalecane antypoślizgowe z pełną piętą), kubek, talerzyk, sztućce, przybory toaletowe - m.in. mydło, ręcznik, szczoteczkę i pastę do zębów, przybory do golenia, grzebień.
4. Futerał na okulary, pojemnik z płynem na soczewki, pojemnik na protezę zębową; jeżeli pacjentka używa.
5. Dodatkowo pacjentka może zabrać do szpitala wodę mineralną niegazowaną.

- Na Sali Operacyjnej:**
- nie można mieć własnej bielizny, protezy zębowej, makijażu, biżuterii,
  - długie włosy muszą być spięte gumką,
  - pacjentka jest monitorowana, dlatego paznokcie muszą być niepomalowane, bez tipsów, paznokci żelowych.

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

**Nie wolno przechowywać ubrań na salach chorych.** Ubrania muszą być oddane do Depozytu Ubrań lub rodzinie/osobie bliskiej.

***Jeżeli pacjentka nie może zgłosić się do Szpitala w wyznaczonym terminie ( np. z powodu infekcji, miesiączki, rezygnacji) prosimy o kontakt z Kliniką Oddziałem Położniczo - Ginekologicznym i Ginekologią Onkologiczną pod nr tel. 32 429 1410***

#### **DANE PACJENTKI NIEZBĘDNE DO WYPISANIA HISTORII CHOROBY**

**(wypełnia pacjentka/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*