



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 PRZECIWJASKROWE**  **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.**
- Dnia \_\_\_\_\_ w godz. \_\_\_\_\_ proszę zgłosić się do **Punktu Konsultacji Anestezjologicznej** (Poradnie Specjalistyczne – II piętro, pokój nr 230 i 231 z **wykazem leków zażywanych na stałe, Kartą Konsultacji Anestezjologicznej oraz niniejszym formularzem.**
- W dniu poprzedzającym przyjęcie należy dokładnie umyć całe ciało i włosy.
- W dniu przyjęcia rano:
  - pacjent może przyjąć **JEDYNI** leki na ciśnienie, serce i tarczycę. Osoby pobierające insulinę nie mogą jej przyjąć, ale muszą zabrać ją ze sobą do przyjęcia,
  - nie nakładać na twarz kosmetyków.

### 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 z opisanym pojemnikiem na leki (imię, nazwisko pacjenta).
2. Wyniki badań laboratoryjnych (morfologia, układ krzepnięcia, jonogram, glukoza, kreatynina), ekg, zaświadczenie o ogólnym stanie zdrowia od lekarza POZ.

**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 piałą).

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

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

7. Jeżeli świadczenia zdrowotne są udzielane pacjentowi z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin, wówczas pacjent nie otrzymuje posiłków (zgodnie z aktualnym standardem organizacyjnym żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne). Jednocześnie pacjent może zabrać do Szpitala lekki posiłek - do spożycia po zabiegu.

**Na Sali Operacyjnej:** – nie można mieć biżuterii, makijażu,  
– 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 tel. 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