

# **INFORMACJE DLA PACJENTÓW**

**IMIĘ I NAZWISKO.....**

<b>PESEL</b>											
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**RODZAJ ZABIEGU OPERACYJNEGO .....**

.....

**RODZAJ ZNIECZULENIA.....**

**DATA I GODZINA PRZYJĘCIA.....**

**ZABIEG NFZ / KOMERCYJNY kwota.....**

**POTWIERDZENIE ZABIEGU DO DNIA.....**

**DATA I PODPIS PIEŁĘGNIARKI/REJESTRATORKI MEDYCZNEJ.....**

.....

**PROSIMY WYPEŁNIONĄ I PODPISANĄ DOKUMENTACJĘ**

**POZOSTAWIĆ W KLINICE W DNIU ZABIEGU**

**Podpis Pacjenta.....**

**SKIEROWANIE DO SZPITALA NA WŁAŚCIWY ODDZIAŁ NALEŻY DOSTARCZYĆ, NAJPÓŹNIEJ DO 14-go DNIA, OD MOMENTU WPISANIA SIĘ DO KOLEJKI OSÓB OCZEKUJĄCYCH NA ZABIEG W RAMACH NFZ.**

**W przypadku braku skierowania, po upływie 14- tu dni, Pacjent zostanie bez powiadomienia wykreślony z kolejki.**

**UPRZEJMIE INFORMUJEMY, ŻE PACJENCI W DNIU ZABIEGU ZGŁASZAJĄ SIĘ Z WYMIENIONYMI DOKUMENTAMI ORAZ Z AKTUALNYMI BADANIAMAMI :**

1/ Dowód osobisty (w przypadku braku dowodu osobistego inny dokument tożsamości zawierający PESEL)

2/ Proszę zabrać ze sobą całą dokumentację medyczną (wcześniejsze wyniki badań, wypisy z poprzednich hospitalizacji, konsultacje lekarskie).

3/ Do wystawienia druku zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA niezbędny jest :

***NIP osobisty lub numer paszportu oraz NIP płatnika składek.***

***EWUŚ- to elektroniczna weryfikacja uprawnień pacjenta do świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA. W celu sprawnego potwierdzenia swojego prawa do świadczeń należy: podać numer PESEL, przedstawić dokument tożsamości, dzieci do trzeciego miesiąca życia będą weryfikowane na podstawie numeru PESEL rodzica.***

***W przypadku braku potwierdzenia uprawnień w EWUŚ Pacjent jest zobowiązany złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (druk dostępny w rejestracji)***

***Podpis Pacjenta.....***

## **PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO ZABIEGU OPERACYJNEGO**

1/ **Wykonanie niezbędnych badań zaleconych przez lekarza kierującego:**

-**morfologia, APTT, INR, poziom cukru, poziom elektrolitów** –badanie ważne **dwa tygodnie** od daty pobrania.

-**grupa krwi-oryginał** wyniku grupy krwi z pracowni serologicznej, lub trwały dokument z określoną grupą krwi np. „KARTA IDENTYFIKACYJNA GRUPY KRWI”.

-**EKG**-badanie ważne **jeden miesiąc** od daty wykonania.

-**RTG klatki piersiowej**-badanie ważne jest **dwa lata** od daty wykonania .

- wykonanie dodatkowych badań lub konsultacji specjalistycznych zleconych przez lekarza kwalifikującego do zabiegu.

Pacjent, po ustalonym terminie zabiegu operacyjnego w ramach NFZ, powinien zgłosić się do placówki, celem wykonania niezbędnych badań, na 10 dni przed planowanym zabiegiem. W przypadku nie zgłoszenia się w wyznaczonym terminie na badania koszty badań pokrywa Pacjent.

Rezygnacja z zabiegu, z przyczyn zdrowotnych, zobowiązuje Pacjenta do dostarczenia zaświadczenia o stanie zdrowia.

Rezygnacja z zabiegu, z przyczyn nieuzasadnionych, zobowiązuje Pacjenta do zwrotu kosztów poniesionych przez multiMEDIKA.

2/ Pacjent, który przyjmuje leki zalecone na stałe, w dniu zabiegu nie powinien sam, pod żadnym pozorem, tych leków odstawić. Należy to wcześniej skonsultować z lekarzem.

3/ Na siedem dni przed zabiegiem, po konsultacji z lekarzem, należy odstawić leki rozrzedzające krew, które zawierają w swoim składzie **KWAS ACETYLOSALICYLOWY** np. **Aspiryn, Acard, Polocard, Acesan, Bestpiryn itp.**

4/ Proszę o wypisanie nazw leków i dawek aktualnie zażywanych:

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

Podpis Pacjenta.....

5/ Na życzenie Pacjenta, Placówka może zapewnić usługę specjalisty anestezjologa, w celu wykonania procedury podnoszącej standard zabiegu. Pacjent decydując się na taką usługę, rozlicza się osobiście z Lekarzem anesteziologiem, według obowiązującego cennika usług anesteziologicznych.

6/ Na życzenie Pacjenta, poza godzinami pracy komórki organizacyjnej według NFZ, Placówka może zapewnić opiekę lekarsko- pielęgniarską. Pobyty na oddziale komercyjnym wynoszą **350 zł ( trzysta pięćdziesiąt) za dobę**.

7/ W dniu przyjęcia do szpitala przed operacją w znieczuleniu :

**KRÓTKIM DOŻYLNYM, OGÓLNYM LUB PRZEWODOWYM**

**NALEŻY BYĆ SZEŚĆ GODZIN BEZ JEDZENIA I PICIA !!!**

Pacjenci operowani w **ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM** mogą jeść i pić z zachowaniem trzygodzinnej przerwy przed zabiegiem. W innych przypadkach postępować zgodnie z zaleceniem lekarza operującego.

8/ W dniu, w którym wykonywany jest zabieg w **znieczuleniu krótkim dożylnym, ogólnym lub przewodowym** **ZAKAZANE** jest prowadzenie pojazdów mechanicznych oraz podejmowanie ważnych decyzji życiowych .

9/ Prosimy zapewnić opiekę osoby towarzyszącej, jeżeli Pacjent w dniu zabiegu wychodzi do domu, po zabiegach wykonywanych w znieczuleniu krótkim dożylnym, ogólnym i przewodowym.

**10/ PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO ZABIEGU METODĄ LAPAROSKOPOWĄ:**

- Na trzy dni przed zabiegiem należy rozpocząć przyjmowanie **Espumisanu** w dawce 3 razy dziennie po 2 tabletki oraz należy utrzymać dietę lekkostrawną.
- Wieczorem, w dniu poprzedzającym zabieg, należy samodzielnie w domu wykonać lewatywę( dostępna w aptece np. Enema, Rectanal).

11/ Przygotowanie higieniczne okolic miejsca operowanego - umycie, ogolenie np. nogi, brzucha, podbrzusza, pachwiny, spojenia łonowego itp.

12/ Prosimy o zabranie rzeczy osobistych niezbędnych do pielęgnacji po zabiegu, piżamę oraz obuwie domowe. W przypadku zabiegów urologicznych, np. operacja stulejki - dopasowane majtki typu „slipy”. W przypadku zabiegów ginekologicznych – podpaski.

**Podpis Pacjenta**.....

14/ Prosimy zapewnić obecność rodzica lub opiekuna prawnego w przypadku osób niepełnoletnich.

16/ Zalecane jest także zaszczepienie się **przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.**

**PACJENCI NIE POSIADAJĄCY WYŻEJ WYMIENIONYCH DOKUMENTÓW,  
BADAŃ ORAZ INFORMACJI DLA PACJENTA NIE ZOSTANĄ PRZYJĘCI DO  
PLACÓWKI**

**Jeśli z jakiegoś powodu, nie będą mogli Państwo zgłosić się w wyznaczonym terminie , uprzejmie prosimy poinformować nas o tym w odpowiednim czasie, aby umożliwić skorzystanie z zabiegu innej osobie.**

**Informujemy, iż w związku z koniecznością wypełniania w szpitalu dokumentów przed zabiegiem, prosimy zabrać ze sobą okulary do czytania.**

*Data i Czytelny podpis Pacjenta*

.....

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZY PACJENTA W OKRESIE**

**6 MIESIĘCY PRZED PRZYJĘCIEM DO SZPITALA**

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA**.....

<b>PESEL</b>														
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1/ Czy chorował(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę? **TAK NIE**  
**Kiedy?**.....

Czy był Pan(i) szczepiony(a) przeciw WZW ? **TAK NIE**  
**Kiedy?**.....

3/ Czy był(a) Pan(i) leczony(a) w innych placówkach służby zdrowia, w tym w gabinetach prywatnych? **TAK NIE**  
**Gdzie?**.....**Kiedy?**.....

4/ Czy miał(a) Pan(i) kontakt z chorym na WZW lub HIV? **TAK NIE**  
**Gdzie?**.....**Kiedy?**.....

5/ Czy otrzymał(a) Pan(i) iniekcje, szczepienia, kroplówki, transfuzje? **TAK NIE**  
**Gdzie?**.....**Kiedy?**.....

6/ Czy miała) Pan(i) wykonywane zabiegi naruszające ciągłość powłok skórnych lub penetrujące tkanki? (biopsja, punkcja, akupunktura, operacja, pobranie krwi) **TAK NIE**  
**Jakie?**.....**Gdzie?**.....**Kiedy?**.....

7/ Czy miała Pan(i) wykonywane badania endoskopowe? **TAK NIE**  
**Gdzie?**.....**Kiedy?**.....

8/ Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów ginekologicznych, położniczych, urologicznych? **TAK NIE**  
**Gdzie?**.....**Kiedy?**.....

9/ Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów stomatologicznych? (ekstrakcja zębów, plomba, usuwanie kamienia nazębnego) **TAK NIE**  
**Gdzie?**.....**Kiedy?**.....

10/ Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy korzystał(a)Pan(i) z usług fryzjerskich, kosmetycznych? (manicure, pedicure, tatuaż, przekuwanie uszu, golenie brzytwą, maszynką itp.) **TAK NIE**  
**Gdzie?**.....**Kiedy?**.....

**Data i czytelny podpis**

**Pacjenta**.....

### **OŚWIADCZENIE LEKARZA WYKONUJĄCEGO ZABIEG**

1/ Oświadczam, że przedstawiono Pacjentowi planowany sposób leczenia omówiony na konsultacji wraz z Pacjentem. Poinformowano Pacjenta o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku operacji.

2/ Oświadczam, iż posiadam wymagane kwalifikacje do przeprowadzenia zabiegu zgodnie z wymogami sztuki lekarskiej oraz przestrzegam standardów postępowania i procedury medycznej.

3/ Oświadczam, że zachowam tajemnicę lekarską i zapewnię ochronę danych osobowych Pacjenta oraz przestrzegam Praw Pacjenta.

Data, pieczęć i podpis Lekarza.....

### **OŚWIADCZENIE PACJENTA „ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY”**

1/ Wyrażam zgodę na umieszczanie moich danych wrażliwych w dokumentacji medycznej przetwarzanej przez multiMEDIKA sp. z o.o., sp.k.

2/ W sposób wyczerpujący omówiłam(em) z lekarzem mój stan zdrowia oraz proponowane metody leczenia .Otrzymałam(em) satysfakcjonujące odpowiedzi na moje pytania. Posiadam wystarczającą wiedzę, na której opieram moją zgodę na proponowane leczenie. Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na zabieg operacyjny.

2/ Wyrażam zgodę na ewentualne dokumentacji fotograficznej miejsca zoperowanego przed, w czasie i po leczeniu , oraz na to, że ta dokumentacja będzie w naukowym piśmiennictwie i/lub pokazach naukowych.

3/ Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu operacyjnego, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami sztuki medycznej i jeśli będzie taka konieczność.

4/ Zgadzam się współpracować z lekarzem w ramach opieki pooperacyjnej. Zrozumiałem(am) zalecenia po zabiegu operacyjnym i zobowiązuję się ich przestrzegać. W razie wątpliwości będę kontaktował się z lekarzem lub placówką.

5/ Oświadczam, że nie jestem nosicielem ani nie choruję na WZW, HIV, GRUŻLICĘ lub innej choroby zakaźnej.

6/ Oświadczam, że osobą upoważnioną do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, o udzielonych świadczeniach zdrowotnych, odbierania wyników badań laboratoryjnych i dodatkowych jest osoba wyznaczona w **OŚWIADCZENIU** dołączonym do dokumentacji.

Data i czytelny podpis Pacjenta

.....

## **WARUNKI PŁATNOŚCI W PRZYPADKU ZABIEGÓW PRYWATNYCH**

1/ Pacjent zobowiązany jest do uiszczenia przedpłaty, do określonego zabiegu, w wysokości 500 zł (pięćset złotych) , gotówką lub wpłata na konto placówki:

**multiMEDIKA Sp. z o.o. sp. k.**

**Raiffeisen POLBANK 39 1750 0012 0000 0000 3781 8925**

**KOD SWIFT: RCBWPLPW**

Po potwierdzeniu wpłaty zostanie wyznaczony termin zabiegu operacyjnego.

2/ W przypadku udokumentowanych przyczyn zdrowotnych przedpłata zostanie zwrócona.

W innych przypadkach odstąpienia od zabiegu, przedpłata przechodzi na rzecz Placówki, pokrywając koszty związane z przygotowaniem zabiegu.

3/ Pacjent zobowiązany jest do uiszczenia gotówką honorarium pomniejszoną o kwotę przedpłaty, w wysokości ustalonej na konsultacji na podstawie aktualnego cennika, w dniu przyjęcia do kliniki, przed zabiegiem operacyjnym.

Data i czytelny podpis Pacjenta.....

### **PRZED OPUSZCZENIEM SZPITALA:**

1/ Sprawdź, czy zabrałeś lub zwrócono Ci wszystkie wartościowe przedmioty przechowywane w depozycie.

2/ Czy wiesz dokładnie, jakich zabiegów, leków, pielęgnacji potrzebujesz w związku z odbytym leczeniem.

3/ Czy zostałeś poinformowany o tym, jak dalej dbać o swoje zdrowie? Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości, zapytaj pielęgniarkę lub lekarza.

4/ Czy potrzebujesz zaświadczenia lekarskiego? Jeśli tak, poproś o nie lekarza prowadzącego przed wypisaniem ze szpitala.

5/ Czy musisz przyjść na wizytę do poradni lub wizytę kontrolną? Jeśli tak, sprawdź, czy masz skierowanie, zanim opuścisz szpital.

6/ Czy wiesz z kim należy się skontaktować jeżeli po wypisaniu ze Szpitala pojawią się jakieś problemy? Jeśli nie, zapytaj pielęgniarkę, zanim zostaniesz wypisany.



## **SZANOWNA PACJENTKO, SZANOWNY PACJENCIE**

Zgodnie z obowiązującą Ustawą z dnia 06 listopada 2008 roku o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

### **PACJENT MA PRAWO DO:**

- 1/ Świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej.
- 2/ Uzyskania odpowiedniej informacji o stanie swojego zdrowia.
- 3/ Prawa do zachowania tajemnicy informacji związanych z leczeniem.
- 4/ Wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- 5/ Poszanowania jego intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.
- 6/ Dostępu do dokumentacji medycznej.
- 7/ Zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.
- 8/ Poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.
- 9/ Do przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie

Więcej informacji na temat Praw Pacjenta można uzyskać na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia : [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

**multiMEDIKA Sp. z o.o., sp. k.**  
**51-318 Wrocław, ul. Zakrzowska 19 a**  
**NIP 8952130441 REGON 366991040**  
**KRS 0000671875**  
**tel. 71/325 34 46 fax. 71/345 49 60**  
**[rejestracja@multimedica.pl](mailto:rejestracja@multimedica.pl)**

**Koordynatorzy do spraw planowania zabiegów w zakresie NFZ:**

**Elżbieta Handke** [ela@multimedica.pl](mailto:ela@multimedica.pl)

**Ewa Beltacz** [ewa@multimedica.pl](mailto:ewa@multimedica.pl)

**tel. 884-993- 991**

„ Informacje dla pacjenta” można pobrać w załączniku na stronie internetowej [www.multimedica.pl](http://www.multimedica.pl)