

INFORMACJE DLA PACJENTÓW

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL											
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 multiMEDICA.

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 anestezjologiem, według obowiązującego cennika usług anestezjologicznych.

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.....

PESEL												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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/ 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, GRUŹLICĘ 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:

multiMEDICA s.c. Belda Marek Belda Anna
BZ WBK SA 95 1090 2402 0000 0001 0333 7544

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

multiMEDICA s.c. Belda Marek, Belda Anna
51-318 Wrocław, ul. Zakrzowska 19 a
tel. 71/325 34 46 fax. 71/345 49 60
rejestracja@multimedica.pl

Koordynatorzy do spraw planowania zabiegów w zakresie NFZ:
Elżbieta Handke ela@multimedica.pl
Ewa Beltacz ewa@multimedica.pl
tel. 884-993- 991

„ Informacje dla pacjenta ” można pobrać w załączniku na stronie internetowej www.multimedica.pl