

Centrum Medyczne ORT-MEDICA

KARTA WSTĘPNEGO ZGŁOSZENIA PACJENTA DO ZABIEGU

Lekarz.....

Specjalista.....

Nazwisko, imię pacjenta.....

Wiek.....

Data urodzenia.....

Adres.....

Telefon kontaktowy.....

Rozpoznanie.....

Rodzaj zabiegu.....

Zabieg w trybie: pilny

 przyspieszony

 planowany

 propozycje terminów zabiegów.....

Czynniki ryzyka: nie

 tak

 jakie.....

Centrum Medyczne ORT-MEDICA

Przewidywany pobyt: krótki
 kilka godzin
 z noclegiem
 kilkuniedniowy ilość dni.....

 z osobą towarzyszącą nie
 tak

Dieta; normalna
 specjalna
 jaka.....

Przewidywany czas zabiegu.....

Asysta do zabiegu nie
 tak

 kto.....

Specjalne wymagania od lekarza dyżurnego(dotyczy pobytu z noclegiem)
.....

Narzędzia do zabiegu :

 standardowe
 specjalne

jaki.....
.....
.....

Inne uwagi :.....