

KWESTIONARIUSZ PACJENTA OBJĘTEGO LECZENIEM STOMATOLOGICZNYM W ZNIECZULANIU OGÓLNYM

INFORMACJA TELEFONICZNA: (32) 770 14 15 oraz (32) 245 35 49

Imię i nazwisko: _____

Adres: _____

PESEL: _____

Rodzaj zabiegu: _____



PACJENT

1. **SCHORZENIA:** jeżeli którekolwiek z niżej wymienionych schorzeń Ciebie dotyczy zaznacz pole obok

Nos, uszy, gardło,

- problemy ze słuchem
 zapalenie migdałów
 częsty nieżyt nosa
 bóle gardła
 inne _____

układ oddechowy

- kaszel
 astma
 enie płuc
 gruźlica
 inne _____

układ sercowo-naczyniowy

- bardzo szybko męczę się
 zdiagnozowana wada serca
 zdarzają się omdlenia
 inne _____

układ nerwowy

- utrata przytomności
 padaczka
 zawroty głowy
 inne _____

alergie

- pokarmowe
 pyłki, kurz, sierść zwierząt
 na leki: _____
 inne: _____

układ krwionośny

- skłonność do krwawień
 łatwo powstają siniaki
 inne _____

2. **Wcześniejsze leczenie**

- hospitalizacje: _____
 operacje: _____
 znieczulenie ogólne _____
 inne choroby i schorzenia _____

leczę się w poradni specjalistycznej

- kardiologicznej
 neurologicznej
 alergologicznej
 innej: _____

3. **Zażywane aktualnie leki, dawkowanie**

Oświadczam, iż nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia

.....
(czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego)

.....
data

- Informacje, których Państwo udzielacie są istotne dla Państwa bezpieczeństwa i przebiegu leczenia. Prosimy o staranne udzielenie odpowiedzi.
- Prosimy o wypisanie odpowiedzi literami drukowanymi
- Kwestionariusz jest podzielony na 2 części. Część dla pacjenta należy wypełnić osobiście, o wypełnienie drugiej części należy poprosić swojego lekarza rodzinnego.



Dla lekarza POZ/specjalisty*

Celem sprawnego przeprowadzenia planowanego zabiegu stomatologicznego w systemie chirurgii jednego dnia uprzejmie prosimy Panią/Pana Doktora o opinię o aktualnym stanie zdrowia w/w pacjenta. Prosimy o wypełnienie opinii nie wcześniej niż 10 dni przed terminem zabiegu.

1. Wywiad, przebyte i aktualne choroby, operacje

Uczulenia:

2. Badanie przedmiotowe, czy występują odchylenia od stanu fizjologicznego, jeśli tak, to jakie?

Skóra, węzły chłonne: _____

Układ oddechowy: _____

Układ trawienny: _____

Układ krążenia: _____

Układ moczowo-płciowy: _____

RR _____ / _____ HR _____

3. Wyniki ostatnio wykonanych badań laboratoryjnych

.....
(pieczęćka i czytelny podpis lekarza POZ/specjalisty)

.....
(data)

*przypadku pacjenta pozostającego w leczeniu w poradni specjalistycznej wypełnia lekarz specjalista



INFORMACJE MEDYCZNE DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH LECZENIEM STOMATOLOGICZNYM W ZNIECZULENIU OGÓLNYM OPEROWANYCH W NZOZ PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ

1. Ze skierowaniem pacjent zgłasza się do rejestracji gdzie zostaje wpisany na listę pacjentów oczekujących. Zostaje wyznaczony termin badań specjalistycznych.
2. W wyznaczonym dniu zabiegu o ustalonej godzinie należy zgłosić się do Poradni stomatologicznej.
3. **Wymagane dokumenty / informacje**
 - Skierowanie wystawione przez lekarza POZ lub lekarz specjalistę
 - Dowód osobisty, paszport albo prawo jazdy (weryfikacja danych - Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców)
 - Jeżeli w wyniku weryfikacji NFZ, uprawnienia do świadczeń **nie zostaną potwierdzone**, a pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych, ubezpieczenie można potwierdzić poprzez **przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń** w postaci:
 - zaświadczenia z zakładu pracy, lub
 - legitymacji emeryta lub rencisty albo aktualnego przekazu emerytury lub renty, lub
 - aktualnego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z dowodem opłacenia składek za ostatni miesiąc
 - **oraz złożenie pisemnego oświadczenia** o przysługującym prawie do świadczeń (formularze dostępne w naszej rejestracji)
 - kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej (karty wypisowe z leczenia szpitalnego, wyniki badań, konsultacji, itd.)
 - ankieta (załączona) wraz z opinią o stanie zdrowia od lekarza POZ lub lekarza specjalisty.
4. **Wymagane badania: skierowanie z Przychodni Medycyny Rodzinnej, punkt pobrań Świętochłowice, ul. Bytomska 5**
 - Morfologia,
 - Czas i wskaźnik protrombinowy,
 - Kreatynina,
 - Czas APTT,
 - Poziom cukru,
 - EKG
5. **Przed przystąpieniem do zabiegu, w celu zachowania pełnego bezpieczeństwa należy dostosować się do poniższych zaleceń:**
 - Na kilka godzin (5-6) przed planowanym zabiegiem stomatologicznym nie wolno jeść ani pić,
 - Zakazane jest palenie papierosów,
 - Nie stosować makijażu, zdjąć biżuterię i wszelkie inne ozdoby oraz założyć wygodne nieuciskające ubranie,
 - Przed samym zabiegiem należy usunąć protezy zębowe, ruchome aparaty ortodontyczne, szkła kontaktowe,
 - Przynajmniej przez 24 godziny od zabiegu należy unikać picia alkoholu, prowadzenia pojazdów, obsługi urządzeń mechanicznych,
 - Pacjent po zabiegu w znieczuleniu powinien pozostać pod opieką osoby dorosłej przez 24 godziny,
 - Prosimy o wnikliwą analizę i wypełnienie ankiety, które otrzymaliście Państwo do domu, są one bardzo ważne dla Państwa bezpieczeństwa.

Jeżeli w dniu zabiegu lub w dniu poprzedzającym pacjent źle się czuje, ma katar albo kaszel, podwyższona temperaturę należy nas o tym powiadomić! Zabieg może zostać przesunięty na inny termin. W przypadku rezygnacji lub zmiany terminu prosimy o kontakt nr (32) 770 14 15 lub (32) 245 35 49.