

Oświadczenie dotyczące rodzaju znieczulenia

Oświadczam, że w dniu lekarz:.....
Przeprowadził ze mną rozmowę, w której po zapoznaniu się z ogólnym stanem mojego zdrowia, uzyskania informacji w zakresie stosowanych przeze mnie leków, używek zaproponował mi rodzaj znieczulenia:
a) typ znieczulenia – miejscowe
b) nazwa leku –
c) sposób podania –

Wyjaśnił mi istotę czekającego mnie znieczulenia jak i leczenia przeciwbólowego w okresie pozabiegowym. Przedstawił ewentualne trudności związane z jego przeprowadzeniem oraz mogących wystąpić powikłaniach w trakcie jak i bezpośrednio po znieczuleniu.

Wyjaśniono mi wszystkie wątpliwości jakie miałem w związku z planowanym świadczeniem zdrowotnym w postaci wybranego rodzaju znieczulenia. Wyjaśnienia w pełni świadomie przyjąłem/am i zrozumiałem/am.

Poinformowałem mnie również o możliwości zaistnienia powodów medycznych jak i technicznych, które mogą zmusić lekarza przeprowadzającego znieczulenie do zmiany rodzaju znieczulenia zarówno przed zabiegiem jak i w trakcie jego trwania, jak również do odstąpienia od znieczulenia a wynikające tylko z mojego stanu zdrowia.

Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie miejscowe.

Tak.....
data i podpis Pacjenta

Nie.....
data i podpis Pacjenta

.....
data, pieczętka i podpis Lekarza
obowiązującego oświadczenia

Data wystawienia skierowania

<p>Zlecenie indywidualne</p> <p>Kwota do zapłaty</p>	<p>Proszę o wykonanie badania bez skierowania lekarza w celu profilaktyki, zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia (art.43 ust. 1 pkt 18 ustawy o podatku od towarów i usług)</p> <p>Podpis zlecającego (pacjenta)</p>
--	--

**SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYKI
LABORATORYJNEJ SP MG ZOZ w JAŚLE**

--	--

Kod kreskowy skierowania

Nazwisko, imię

[illegible]

Adres

[illegible]

Pesel

[illegible]

ZLECONE BADANIA

<input type="checkbox"/> Morfologia	<input type="checkbox"/> Białko	<input type="checkbox"/> INR
<input type="checkbox"/> Wzór odsetkowy leukocytów	<input type="checkbox"/> Bilirubina	<input type="checkbox"/> Fibrynogen
<input type="checkbox"/> OB	<input type="checkbox"/> Białko - CRP	<input type="checkbox"/> APTT
<input type="checkbox"/> Mocz - badanie ogólne	<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> TPSA
<input type="checkbox"/> Aceton w moczu	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> TSH
<input type="checkbox"/> Białko w moczu	<input type="checkbox"/> Amylaza	<input type="checkbox"/> FT4
<input type="checkbox"/> Dobowa utrata białka z moczem	<input type="checkbox"/> Sód	<input type="checkbox"/> Cholesterol
<input type="checkbox"/> Kwas moczowy	<input type="checkbox"/> Potas	<input type="checkbox"/> HDL
<input type="checkbox"/> Mocznik	<input type="checkbox"/> Chlorki	<input type="checkbox"/> TRÓJGLICERYDY
<input type="checkbox"/> Kreatynina	<input type="checkbox"/> Wapń	<input type="checkbox"/> ASO
<input type="checkbox"/> Doustny test tolerancji glukozy	<input type="checkbox"/> Magnez	<input type="checkbox"/> Czynn timerumatoidalny Waalera - Rosego
<input type="checkbox"/> Glukoza	<input type="checkbox"/> Żelazo	<input type="checkbox"/> -----

<p>ilość zleconych badań</p>	<p>Pieczęć i podpis osoby pobierającej materiał</p>
------------------------------	---

Data wystawienia skierowania

Pieczęć jednostki zlecającej	Pieczęć i podpis lekarza
------------------------------	--------------------------

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
SP MG ZOZ w JAŚLE

Nazwisko, imię

[illegible]

Adres

[illegible]

Pesel

[illegible]

ZLECONE BADANIA

<input type="checkbox"/> Morfologia	<input type="checkbox"/> Białko	<input type="checkbox"/> INR
<input type="checkbox"/> Wzór odsetkowy leukocytów	<input type="checkbox"/> Bilirubina	<input type="checkbox"/> Fibrynogen
<input type="checkbox"/> OB	<input type="checkbox"/> Białko - CRP	<input type="checkbox"/> APTT
<input type="checkbox"/> Mocz - badanie ogólne	<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> TPTA
<input type="checkbox"/> Aceton w moczu	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> TSH
<input type="checkbox"/> Białko w moczu	<input type="checkbox"/> Amylaza	<input type="checkbox"/> FT4
<input type="checkbox"/> Dobowa utrata białka z moczem	<input type="checkbox"/> Sód	<input type="checkbox"/> Cholesterol
<input type="checkbox"/> Kwas moczowy	<input type="checkbox"/> Potas	<input type="checkbox"/> HDL
<input type="checkbox"/> Mocznik	<input type="checkbox"/> Chlorki	<input type="checkbox"/> TRÓJGLICERYDY
<input type="checkbox"/> Kreatynina	<input type="checkbox"/> Wapń	<input type="checkbox"/> ASO
<input type="checkbox"/> Doustny test tolerancji glukozy	<input type="checkbox"/> Magnez	<input type="checkbox"/> Czynn timerumatoidalny Waalera - Rosego
<input type="checkbox"/> Glukoza	<input type="checkbox"/> Żelazo	<input type="checkbox"/> -----

Ilość zleconych	Pieczęć i podpis osoby pobierającej materiał
-----------------	--

Pieczeńć jednostki zlecającej	Pieczeńć i podpis lekarza
-------------------------------	---------------------------

**SKIEROWANIE STAŁE DO PRACOWNI DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
SP MG ZOZ w JAŚLE**

NA OKRES _____

CZĘSTOTLIWOŚĆ WYKONYWANYCH BADAŃ _____

Nazwisko, imię	
Adres	Pesel

<input type="checkbox"/> Morfologia	<input type="checkbox"/> Potas
<input type="checkbox"/> Mocz – badanie ogólne	<input type="checkbox"/> INR
<input type="checkbox"/> Dobowa utrata białka z moczem	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Białko w moczu	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Dobowa utrata białka z moczem	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Glukoza	<input type="checkbox"/> _____

Ilość zleconych badań	Pieczeńć i podpis osoby pobierającej materiał
-----------------------	---