

TESTY SKÓRNE PUNKTOWE

Alergeny pokarmowe

Imię i nazwisko

PESEL Data badania

Rodzaj alergenu:	Odczyt	Rodzaj alergenu:	Odczyt
Kontrole:		Cytrusy	
Dodatnia / histamina /		Przyprawy	
Ujemna		Owoce:	
Mleko krowie		Jabłko	
Jajko kurze:		Ananas	
Całe		Truskawki	
Żółtko		Mandarynka	
Białko		Grapefruit	
Orzechy:		Pomarańcza	
Ziemny		Warzywa:	
Włoski		Pomidor	
Laskowy		Ziemniak	
Ryby:		Seler	
Dorsz		Marchew	
Mąka:		Różne:	
Pszenna		Soja	
Żytnia		Kakao	
Kukurydziana		Ryż	
Jęczmienna		Szczaw zwyczajny	
Mięso II /drób/			
Kurze			
Indycze		Alergeny natywne:	
Gęsie			
Kacze			
Wieprzowina			

....., dnia 20..... r.

(miejscowość)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(stanowisko)

WNIOSEK URLOPOWY

Proszę o udzielenie urlopu

od dnia do dnia

Zastępstwo w czasie urlopu - Pan (Pani)

Ilość dni urlopu

.....
podpis pracownika

.....
podpis Hieronima Komórki organiz.

Dot. wniosku? Nazwa i adres: 69-2018



Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna i Rehabilitacyjna
Zespół Rehabilitacji Ambulatoryjnej
Ul. Staszica 16 73-110 Stargard tel. 91 5770016, 91 5770012
NIP 854-19-38-710 REGON 000304562
PRACOWNIA FIZJOTERAPII
16-00-00725-19-07/05-19-005
Kody identyfikacyjne systemu resortowych kodów identyfikacyjnych
Część I000000017670, V-05, VI-3, VII-106, VIII-1310

Nazwisko i imię pacjenta

Data ur.

1. Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegów zleconych przez lekarza lub mgr fizjoterapii

wg. skierowania z dnia

2. Przyjmuję do wiadomości, że niezgłoszenie się na zabiegi w wyznaczonym terminie bez wcześniejszego powiadomienia spowoduje skreślenie z listy oczekujących.

Informacje dotyczące nieobecności można zgłaszać pod nr tel:

- 91 577 00 12 rejestracja lub 91 577 00 16 sekretariat

3. Oświadczam, że w trakcie realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych nie korzystam z rehabilitacji refundowanej przez NFZ w innej placówce.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

ANKIETA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE

1. Proszę podać czynniki mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji (np. ciąża, rozrusznik serca, zespolenie metalowe lub inne, implanty) lub wpisać : nie dotyczy

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

2. Czy w okresie 10 lat był Pan, Pani leczony na choroby nowotworowe ? (właściwe zaznaczyć) TAK / NIE

Zobowiązuję się zgłosić fizjoterapeucie każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.

MOŻLIWE POWIKŁANIA

Stosowane prądy elektryczne o zbyt dużej amplitudzie mogą powodować oparzenie ciepłe tkanek. Prądy o różnej częstotliwości, stosowane do pobudzania nerwów lub mięśni mogą wywołać uszkodzenie tkanki przez zbyt silne lub długo utrzymujące się skurcze mięśni. Może również nastąpić uszkodzenie więzadeł lub mięśni, oderwanie się skrzepu w naczyniach krwionośnych, rozprzestrzenianie się infekcji lub zwiększanie krwawienia.

Prąd elektryczny działający na mięsień sercowy może spowodować zatrzymanie krążenia w skutek migotania komór.

Istnieje obawa, że prąd elektryczny może przyspieszyć rozwój nowotworów złośliwych i przerzutów.

W przypadku uszkodzenia izolacji przewodników lub zwarcia w aparacie może nastąpić porażenie prądem. Ciepło działające w sposób niepożądany uczynnia utajone infekcje i stany zapalne, może wywołać obrzęki i krwawienia, zakłócenie w czynności serca i układu krążenia.

Przy naświetlaniach promieniami podczerwonymi mogą wystąpić oparzenia I°, II°, III°, udar cieplny, uszkodzenie narządu wzroku, porażenie prądem.

Podczas zabiegu krioterapii mogą wystąpić odmrożenia.

Zaburzenia snu, koncentracji, uczucie ciepłoty lub odrętwienia, wzrost ciśnienia krwi, bóle głowy, zaburzenie cyklu menstruacyjnego u kobiet (pole magnetyczne).

POUCZENIE

PRZED ZABIEGIEM: WAŻNE !!

- * przed przystąpieniem do zabiegów należy zgłosić terapeutce aktualną miesiączkę oraz inne chwilowe niedomagania, takie jak ból głowy, osłabienie czy gorączkę.
- * należy usunąć przedmioty metalowe (biżuterię), oczyścić skórę w miejscu zabiegu.

W TRAKCIE ZABIEGU:

- * nie wolno poruszać się, zmieniać pozycji ciała
- * zabrania się samowolnie dotykać, włączać, regulować aparatów i urządzeń medycznych (elektrod, przewodów, przycisków, wyłączników, zasilaczy itp.)
- * w razie negatywnych odczuć (ból, pieczenia, parzenia itp.) fakt ten należy natychmiast zgłosić terapeutce.

PO ZABIEGU:

- * Należy odpocząć w poczekalni przez okres 20-30 min, szczególnie po zabiegach wykonywanych w obrębi głowy i jamy brzusznej.

-Oświadczam, że zrozumiałem /-am pytania zawarte w ankiecie, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

-Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z możliwymi powikłaniami i przeciwwskazaniami do zleconych zabiegów w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego.

-Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z pouczeniem, rozumiem i akceptuję warunki uzyskania świadczenia.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

UWAGA! Pacjentowi małoletniemu, który nie ukończył 18 roku życia, świadczenia zdrowotne mogą być udzielane bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, wyłącznie za ich zgodą wyrażoną na piśmie. U pacjenta w przedziale wiekowym 16-18 lat –zgodę podpisuje pacjent ORAZ rodzic lub opiekun.

Jeżeli pacjent nie ukończył 16 roku życia ANKIETE podpisuje wyłącznie jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny,

Pieczątka zakładu leczniczego (szpitala)

Stargard, dnia

ZLECENIE NA PRZEWÓZ

Do

w

Proszę o przewiezienie

w dniu o godz. z

oddziału w pozycji

do powrót

(Miejsce zamieszkania - nazwa zakładu, szpitala, adres)

Podpis kierującego

Rozpoznanie

.....

Transport sanitarny/samochodowy	
Zlecono przewóz o godzinie : (Podpis zlecającego)
Odebrano o godzinie :	
Transport zrealizowano o godzinie : (Podpis wykonawcy)

Zalecenia zlecającego

Zlecający

.....

Ordynator (Dyrektor)

.....

