



NZOZ Lecznica Dzieci i Dorosłych
- Szpital im. Ignacego Mościckiego sp. z o.o.

ISO 9001:2015 BS OHSAS 18001:2007
ISO 14001:2004 certyfikat "Szpital bez bólu"

INFORMACJE DLA PACJENTA HOSPITALIZOWANEGO Z POWODU ZABURZEŃ SNU

Szanowny Pacjencie,

Uprzejmie prosimy o zgłoszenie się w dniu o godzinie 18.30 w Lecznicy Dzieci i Dorosłych celem odbycia diagnostyki zaburzeń snu.

W przypadku zmiany terminu planowanego przyjęcia zostanie Pan/Pani poinformowany/a telefonicznie o zaistniałej zmianie oraz wyznaczonym innym terminie przyjęcia.

Wymagane dokumenty, zalecenia i informacje dla pacjentów:

- ✓ dowód osobisty
- ✓ kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej (wypisy, TK, MR, lub RTG) – płyta CD
- ✓ ankieta stanu zdrowia
- ✓ aktualna konsultacja lekarza specjalisty (dotyczy pacjentów leczonych w poradniach specjalistycznych)

Pozostałe informacje:

- ✓ Prosimy o zabranie rzeczy osobistych koniecznych przy pobycie w Szpitalu (piżama, pantofle, przybory toaletowe)
- ✓ Prosimy o wnikliwą analizę i wypełnienie ankiety, którą można pobrać w rejestracji lub ze strony internetowej Szpitala. Wypełniona ankieta jest nieodłącznym elementem całościowej diagnostyki.

**Szanowny Pacjencie! W przypadku rezygnacji lub zmiany terminu badania, prosimy o pilny kontakt:
603-600-137 (32/241-36-29 lub 32/246-04-44, na to miejsce czeka inny pacjent.**

Zalecenia dla pacjentów:

- ✓ W dniu przyjęcia do Szpitala należy być zdrowym tzn. bez cech aktywnej infekcji
- ✓ Nie pić alkoholu minimum 24 godziny przed badaniem
- ✓ W dniu badania unikać picia kawy, nikotyny i innych używek
- ✓ Proszę zostawić w domu kolczyki, pierścionki, łańcuszki, zegarek, itp.
- ✓ W przypadku przyjmowania leków przewlekle należy przynieść je ze sobą w opakowaniu pozwalającym zidentyfikować nazwę leku, datę ważności oraz dawkę



Nazwisko i imię pacjenta

Wiek / waga /.....

Telefon / email /.....

ANKIETA STANU ZDROWIA DLA PACJENTA HOSPITALIZOWANEGO Z POWODU ZABURZEŃ SNU

1. Czy przyjmuje Pan/Pani leki:

Tak NAZWA, DAWKA, OD KIEDY? Nie

2. Czy jest Pan/Pani uczulona na leki (proszę podać nazwę leku), artykuły spożywcze, środki dezynfekcyjne, środki kontrastowe, inne?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

3. Choroby dróg oddechowych: czy choruje Pan/Pani na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę, pylicę, zapalenie płuc, nawracające infekcje?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

4. Choroby krążenia: czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń krwionośnych, miażdżycę?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

5. Choroby przemiany materii: czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, dnę moczanową, otyłość, inne?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

6. Choroby neurologiczne: czy choruje Pan/Pani na padaczkę, czy przebył/a Pan/Pani udar lub uraz mózgowy, czy ma Pan/Pani niedowład, porażenie kończyn dolnych, górnych, niedowład połowiczny, miastenię, stwardnienie rozsiane, inne?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

7. Używkii lub leki uspakajające:

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

8. Czy choruje Pan/Pani na schorzenia psychiatryczne?

Tak Nie

9. Czy oprócz zaburzeń snu występują u Pana/Pani jakieś inne niepokojące objawy lub schorzenia?

Tak Nie

Oświadczam, że przeczytałem/łam powyższą ankietę stanu zdrowia, zrozumiałem/zrozumiałam treści zawarte w pytaniach, a podane przeze mnie odpowiedzi są pełne, prawdziwe i wyczerpujące.

Jestem świadom/a ewentualnych zagrożeń dla zdrowia i życia wynikających z niedopełnienia obowiązku przedstawienia zespołowi lekarsko-pielęgniarskiemu szczegółów stanu zdrowia.

Data i podpis lekarza konsultującego

Data i czytelny podpis pacjenta