

.....
Pieczęć oddziału

Uwaga! Poniższy druk proszę przedstawić swojemu lekarzowi POZ

Pani Doktor/Panie Doktorze

Pacjentka/-t:
imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:PESEL

Została/-ł zakwalifikowana/y do zabiegu operacyjnego:

Planowany termin zabiegu:.....

W zawiązku z powyższym uprzejmie proszę o pomoc w przygotowaniu pacjentki/-a do zabiegu operacyjnego (lekarz POZ, specjalista) oraz wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia i obecnie stosowanym leczeniu oraz ewentualną korekcję leczenia w przypadku niewyrównania.

Z poważaniem

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

Zaświadczenie o stanie zdrowia

Pani/Pan

Obecne schorzenia i leczenie:

RR...../..... mmHg

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Leki i dawkowanie:

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

Czy pacjentka/-t leczy się systematycznie?

Tak

Nie

Uwagi: Konsultacje lekarzy specjalistów; jakich?.....
.....

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

1. Lekarz specjalista:

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

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

2. Lekarz specjalista:

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

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza