

INFORMÁCIA PRE PACIENTA PRED PLÁNOVANÝM OPERAČNÝM VÝKONOM



Klinika ortopédie a traumatológie pohybového ústrojenstva
Univerzitnej nemocnice L. Pasteura a Lekárskej fakulty Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach

Meno, priezvisko pacienta: Kód ZP:

Rodné číslo : Dg.:

Pacient(ka) objednaný(á) na hospitalizáciu k operácii - deň prijmu stanovený na :

Cestou praktického lekára Vás pred prijatím na hospitalizáciu žiadame o zabezpečenie vykonania nasledujúcich vyšetrení:

EKG, RTG hrudníka + popis, krvný obraz, hepatálne testy, K, Na, urea, kreatinín, glykémia, PT+APTT, podľa potreby event. iné hemokoagulačné vyšetrenie, interné predoperačné vyšetrenie a predanestetické vyšetrenie, ktoré je potrebné zrealizovať cestou ambulancie I.KAIM UNLP na 4. poschodí polikliniky pred termínom prijatia na kliniku.

Originály výsledkov vyšetrení spolu s interným nálezom a predanestetickým vyšetrením prineste so sebou.

Košice, dňa:

.....
Meno, podpis a pečiatka lekára