

# 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 prijímu 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