



centrum medyczne
DOBRYŃSKA

Data złożenia wniosku

WNIOSEK o przyjęcie w trybie **PILNYM** do Poradni Endokrynologicznej

WYPEŁNIA PACJENT

Nazwisko i imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

Tel

Oświadczenie pacjenta:

1. Posiadam skierowanie do poradni z adnotacją „PILNE” lub „CITO”: tak nie
2. Rozpoznanie wskazane na skierowaniu
3. Posiadam aktualny wynik FT 3: nie tak [wynik:],
4. Posiadam aktualny wynik FT 4: nie tak [wynik:],
5. Posiadam aktualny wynik TSH: nie tak [wynik:],
6. Posiadam aktualny wynik USG tarczycy: nie tak [wynik w załączeniu],
7. Inne istotne informacje uzasadniające pilne przyjęcie (choroby współistniejące, przyjmowane leki, informacje o zmianie stanu zdrowia itp.)
.....
.....
.....

8. Do wniosku dołączam skierowanie, wyniki w/w badań oraz dodatkowe dokumenty:
.....
.....

Podpis pacjenta

WYPEŁNIA LEKARZ CENTRUM MEDYCZNEGO „DOBRYŃSKA”

Decyzja:

- Pacjent posiada wymagane badania a ich wyniki uzasadniają przyjęcie w trybie **PILNYM**,
- Pacjent posiada wymagane badania a ich wyniki uzasadniają przyjęcie w trybie **STABILNYM**,
- Pacjent posiada skierowanie z adnotacją „pilne”, ale nie przedstawił badań należących do kompetencji lekarza POZ i uzasadniających postawienie rozpoznania, co oznacza brak możliwości kwalifikacji do kategorii „pilny”. Pacjenta kwalifikuję do kategorii **STABILNY**.
- Pacjent nie posiada skierowania z adnotacją „pilne”, ale przedstawił wyniki badań i informacje uzasadniające przyjęcie w trybie **PILNYM**,
- Uwagi lekarza

Data

Podpis i pieczęćka.....

WYPEŁNIA REJESTRACJA CENTRUM MEDYCZNEGO „DOBRYŃSKA”

- Zarejestrowano na wizytę w trybie PILNYM – termin wizyty
- Wpisano do kolejki w trybie STABILNYM (zwykłym). Orientacyjny termin przyjęcia

Dokument wydano pacjentowi dnia

Podpis osoby wydającej

Podpis pacjenta



Data złożenia wniosku

WNIOSEK o przyjęcie w trybie PILNYM do Poradni Endokrynologicznej

WYPEŁNIA PACJENT

Nazwisko i imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

Tel

Oświadczenie pacjenta:

1. Posiadam skierowanie do poradni z adnotacją „PILNE” lub „CITO”: tak nie
2. Rozpoznanie wskazane na skierowaniu
3. Posiadam aktualny wynik FT 3: nie tak [wynik:],
4. Posiadam aktualny wynik FT 4: nie tak [wynik:],
5. Posiadam aktualny wynik TSH: nie tak [wynik:],
6. Posiadam aktualny wynik USG tarczycy: nie tak [wynik w załączeniu],
7. Inne istotne informacje uzasadniające pilne przyjęcie (choroby współistniejące, przyjmowane leki, informacje o zmianie stanu zdrowia itp.)
.....
.....
.....

8. Do wniosku dołączam skierowanie, wyniki w/w badań oraz dodatkowe dokumenty:
.....
.....

Podpis pacjenta

WYPEŁNIA LEKARZ CENTRUM MEDYCZNEGO „DOBZYŃSKA”

Decyzja:

- Pacjent posiada wymagane badania a ich wyniki uzasadniają przyjęcie w trybie **PILNYM**,
- Pacjent posiada wymagane badania a ich wyniki uzasadniają przyjęcie w trybie **STABILNYM**,
- Pacjent posiada skierowanie z adnotacją „pilne”, ale nie przedstawił badań należących do kompetencji lekarza POZ i uzasadniających postawienie rozpoznania, co oznacza brak możliwości kwalifikacji do kategorii „pilny”. Pacjenta kwalifikuję do kategorii **STABILNY**.
- Pacjent nie posiada skierowania z adnotacją „pilne”, ale przedstawił wyniki badań i informacje uzasadniające przyjęcie w trybie **PILNYM**,
- Uwagi lekarza

Data

Podpis i pieczęćka.....

WYPEŁNIA REJESTRACJA CENTRUM MEDYCZNEGO „DOBZYŃSKA”

- Zarejestrowano na wizytę w trybie PILNYM – termin wizyty
- Wpisano do kolejki w trybie STABILNYM (zwykłym). Orientacyjny termin przyjęcia

Dokument wydano pacjentowi dnia

Podpis osoby wydającej

Podpis pacjenta