

**KARTA OBSERWACJI TRANSFUZJI**

Imię nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

Grupa krwi pacjenta .....

## Obserwacje

Data i godz. rozpoczęcia i zakończenia przetoczenia	Numer pojemnika + data ważności	Grupa krwi		przed transfuzją	po 15 min	po transfuzji	podpis
			temp				
			temp				
			HR				
			RR				
			temp				
			HR				
			RR				
			temp				
			HR				
			RR				
			temp				
			HR				
			RR				
			temp				
			HR				
			RR				

.....  
 (podpis i pieczęć osoby  
 wykonującej przetoczenie)











### SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana/Panią ..... lat

adres .....

PESEL  ..... telefon .....

Do; szpitala, szpitala klinicznego, instytutu ..... nazwa jednostki

w ..... adres

oddział ..... nazwa oddziału

Rozpoznanie..... w języku polskim

..... kod (ICD 10) .....

Termin uzgodnionego przyjęcia .....

.....  
pieczętka i podpis lekarza

.....  
(miejsowość, data)

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem .....

Termin przyjęcia do szpitala: .....

### Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent .....  
(imię i nazwisko)

Data ur. ....

Przyczyna ewentualnej odmowy/zalecenia: .....

.....  
czytelny podpis i pieczętka lekarza

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
pieczęć poradni  
**Poradnia Chirurgii Ogólnej**  
64-000 Kościan, ul. Szpitalna 7  
tel. 65 512 08 55 wew. 241  
150001592/02/1/0010/2/12/16  
REGON 411051999  
KRS 0000039047  
30-0

**Załącznik nr 5**

**Oświadczenia pacjenta składane w związku z leczeniem w Poradni  
Specjalistycznej SP ZOZ w Kościanie**

Imię i nazwisko pacjenta ..... PESEL .....

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na leczenie w Poradni Specjalistycznej

..... Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki

Zdrowotnej w Kościanie.

.....  
data i podpis pacjenta

Oświadczam, iż upoważniam Pana/Panią / nie upoważniam żadnej osoby

.....  
.....  
nazwisko i imię, adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym, numer telefonu

do uzyskania od Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych związanych z prowadzonym leczeniem w poradni specjalistycznej.

.....  
data i podpis pacjenta

Oświadczam, iż upoważniam Pana/Panią / nie upoważniam żadnej osoby

.....  
.....  
nazwisko i imię, adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym, numer telefonu

do uzyskania od Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby związanej z leczeniem w Poradni

Specjalistycznej w przypadku mojej śmierci .....

.....  
data i podpis pacjenta



