**PRZEKAZUJĘ DANE PRZYDATNE PODCZAS HOSPITALIZACJI PACJENTA:**

**Imię i nazwisko Pacjenta: ……………………………………………………….………………………………...**

**Numer telefonu kontaktowego: ……………...………………………………………………..………..…….**

**Dane osób, którym Pacjent chce udostępnić informacje o swoim stanie zdrowia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** | **Numer telefonu (optymalnie komórkowego)** | **Stopień pokrewieństwa, wiek** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Dane osób, które Pacjent chce upoważnić do dostępu do dokumentacji medycznej:**

**[ ] Jak wyżej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** | **Numer telefonu (optymalnie komórkowego)** | **Stopień pokrewieństwa, wiek** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Dane osób, które Pacjent chce upoważnić do dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci:**

**[ ] Jak wyżej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** | **Numer telefonu (optymalnie komórkowego)** | **Stopień pokrewieństwa, wiek** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Adres e-mail na który Pacjent chce, aby zostały wysłane wyniki badań, które będą dostępne dopiero po zakończeniu hospitalizacji oraz numer telefonu, na który zostanie wysłane hasło:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres e-mail** |  |
| **Numer telefonu komórkowego:** |  |

**Dane do założenia dla Pacjenta konta w ePortalu Pacjenta Szpitala Geriatrycznego:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Numer telefonu komórkowego:** |  |

**Wszystkie powyższe dane będą potwierdzane podpisem Pacjenta/ opiekuna ustawowego Pacjenta podczas przyjęcia do Szpitala.**

## **Lista leków zażywanych przed przyjęciem do szpitala**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Pacjenta:** | | | | | **DATA: ……/………/……..……….** | |
| **PESEL:** | | **Listę sporządził [ ] pacjent [ ] opiekun pacjenta [ ] pracownik szpitala** | | | | |
| **[ ] Reakcje alergiczne na leki /nietolerancje lekowe** (proszę wymienić):  **[ ] Brak alergii na leki/ nietolerancji lekowych [ ] Nie wiem o istnieniu alergii na leki/ nietolerancji lekowych** | | | | | | |
| **LEKI WYDAWANE NA RECEPTĘ** | | | | | | |
| Lp. | **Nazwa leku** | **Dawka** | **Sposób przyjmowania** | | | **Uwagi** |
| **Rano** | **Południe** | **Wieczór** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| **LEKI BEZ RECEPTY I SUPLEMENTY DIETY ( NP. WITAMINY, MINERAŁY, ZIOŁA )** | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia personel medyczny Szpitala** | |
| Źródło informacji o lekach: | Lista leków sprawdzona/uzupełniona przez: |
| [ ] przegląd leków przyniesionych przez pacjenta | Pieczątka, podpis i data |
| [ ] lista leków sporządzonych przez pacjenta / opiekuna |  |
| [ ] dokumentacja z innych placówek służby zdrowia |
| [ ] wywiad przeprowadzony z rodziną/opiekunem |
| Wymagane wyjaśnienie przez farmaceutę leków stosowanych przed przyjęciem:  [ ] TAK (zaznacz, które) [ ] NIE | |