

.....  
pieczęć oddziału

## POTWIERDZENIE TERMINU PRZYJĘCIA NA ZABIEG OPERACYJNY

Pacjent / Pacjentka

.....  
została zakwalifikowana / y do planowego przyjęcia na oddział.....  
w 107 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SPZOZ w Wałczu

Termin przyjęcia ustalono na dzień .....

\* pacjent powinien zgłosić się na czczo, z rzeczami osobistymi oraz lekami przyjmowanymi na stałe (w przypadku przyjmowania leków zmniejszających krzepliwość krwi skontaktować się z lekarzem prowadzącym / rodzinnym),

\* prosimy o zgłaszanie się z kompletną dokumentacją medyczną (dotyczącą aktualnego leczenia, pobytów w szpitalu, USG, RTG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego) oraz chorób współistniejących (w tym **zaświadczenia o braku przeciwwskazań do leczenia operacyjnego wystawione przez lekarza prowadzącego – kardiologa / pulmonologa / endokrynologa / diabetologa / stomatologa – sanacja jamy ustnej**),

\* pisemna informacja Lekarza Rodzinnego lub kierującego o obciążeniach zdrowotnych, dotyczących powikłań, niepożądanych reakcjach na leki,

\* w dniu przyjęcia wymagane jest posiadanie dowodu osobistego.