

SZANOWNA PANI DOKTOR SZANOWNY PANIE DOKTORZE,

w związku ze zgłoszeniem się do naszego ośrodka
pacjentki/pacjenta

.....
celem przeprowadzenia kwalifikacji do zabiegu okulistycznego (usunięcie
zaćmy), zwracamy się z uprzejmą prośbą o wydanie zaświadczenia
o stanie zdrowia osoby będącej pod opieką Pani Doktor/Pana Doktora.
Zabiegi tego typu wykonywane są w naszej placówce w znieczuleniu
miejscowym-kropłowym oraz dożylniej sedacji prowadzonej przez
anestezjologa.

Ze względu na bezpieczeństwo chorego, powodem, który nie pozwala na
wykonanie zabiegu w trybie jednodniowym w naszej placówce, jest
obecność określonych, poważnych schorzeń współistniejących
wymienionych na odwrotnej stronie.

W takiej sytuacji pacjent będzie skierowany do leczenia w trybie
stacjonarnym.

Podpisane przez Panią Doktor/Pana Doktora zaświadczenie o
stanie zdrowia będzie stanowiło podstawę dalszego postępowania
kwalifikacyjnego.

Dziękujemy za współpracę!
Zespół Lecznic
Citomed Sp. z o.o.

OCENA STANU ZDROWIA PACJENTA

TAK **NIE**

niewydolność serca wg NYHA>II0

nieskorygowana wada serca

istotne klinicznie zaburzenia rytmu serca

źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze (>150/90 mmHg)

choroby płuc powodujące trudności w oddychaniu
– zaawansowana POChP, ciężka postać astmy

niedostatecznie kontrolowana cukrzyca
(glikemia na czczo >160mg%, HbAc1>8%)

niezdolność do samodzielnego poruszania się

o schorzenia uniemożliwiające współpracę i spełnianie poleceń
(głuchota, demencja, choroby psychiczne)

patologiczna otyłość (BMI>40)

o niewydolność nerek wymagająca leczenia nerkozastępczego

aktywny proces nowotworowy

o przebyty w ciągu ostatnich 6 miesięcy zawał mięśnia sercowego
lub udar mózgu

Pacjent zgłasza niżej wymienione schorzenia okulistyczne

Jaskra

PEX (Zespół Pseudoexfoliacji)

cukrzyca

soczewka podwichnięta

keratopatia (Zaburzenie rogówki)

.....
Pieczętka zakładu

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam brak/występowanie (właściwe podkreślić) powyższych schorzeń u
pacjentki/pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

.....
Pieczętka i podpis lekarza