

### Oświadczenie

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych Dz.U. nr 133, poz 883, w celach medycznych oraz statystycznych. Zostałem/am poinformowany/a o prawie wglądu do moich danych oraz ich poprawiania, a także o dobrowolności obowiązku podania moich danych.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna)

1. Upoważniam Pana(ia) ..... do odbioru mojej dokumentacji w przypadku mojej śmierci.

2. Nikogo nie upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna)

Wyrażam zgodę na proponowane zabiegi wynikające z podjęcia leczenia.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna)

Wyrażam zgodę na proponowane procedury medyczne wynikające z podjęcia leczenia.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna)

Ja niżej podpisany

.....  
Imię

.....  
Nazwisko

Oświadczam, że jestem członkiem ..... Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Zobowiązuję się do nie opuszczania terenu Uniwersyteckiego Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach w trakcie hospitalizacji.

Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach oraz jego personel nie ponoszą odpowiedzialności za rzeczy wartościowe oraz osobiste pacjenta.

Rzeczy wartościowe należy przekazać do depozytu szpitalnego Izby Przyjęć.

Upoważniam do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskania dokumentacji medycznej

jest .....

zamieszkały w .....

tel. ....

Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawach i obowiązkach pacjenta.

Wyrażam zgodę na umieszczenie mojego imienia, nazwiska oraz wieku na karcie gorączkowej umieszczonej przy łóżku.

Katowice, dnia .....

### Badanie przedmiotowe:

1. Ogólny wygląd, stan przytomności, ułożenie ciała:  
Przytomny, dobrze zorientowany, ułożenie ciała dowolne
2. Tętno ...../min; RR .....; temperatura ciała st. C.
3. Wzrost .....cm, masa ciała .....kg BMI: ..... kg/m<sup>2</sup>
4. Czaszka średniowmiarowa, gałki oczne prawidłowo osadzone, źrenice równe, prawidłowo reagują na światło i akomodację
5. Nos symetryczny, drożny
6. Gruczoł tarczowy niepowiększony, niewyczuwalny, niebolesny.
7. Węzły chłonne obwodowe niebadalne
8. Klatka piersiowa budowy normo stenicznej, symetryczna. Tor oddychania brzuszny/piersiowy. Ruchy oddechowe symetryczne. Drżenie głosowe prawidłowe, symetryczne. Odgłos opukowy jawny, symetryczny. Ruchomość dolnych granic płuc .....cm Szmer płucowy fizjologiczny
9. Tętno serca czyste, prawidłowo akcentowane, o częstotliwości ...../min,
10. Tętno badalne na tętnicy promieniowej, dobrze napięte, zgodne z akcją serca, miarowe, ...../min.
11. Brzuch miękki, niebolesny, bez patologicznych oporów. Peristaltyka prawidłowa. Objawy otrzewnowe ujemne. Wątroba niepowiększona, śledziona niebadalna.
12. Obrzęki obwodowe – nie występują
13. Skóra czysta, prawidłowo zabarwiona i ucieplona
14. Błizny
15. Informacje dodatkowe

### Odchylenia w badaniu fizykalnym:

.....  
Badanie podmiotowe:

1. Dolegliwości główne

2. Dotychczasowy przebieg choroby

3. Stosowane leki

4. Dolegliwości towarzyszące / choroby towarzyszące

5. Choroby przebyte

6. Przebyte operacje

7. Leczenie szpitalne

8. Wywiad rodzinny

9. Wywiad zawodowy

10. Użytki:

a) papierosy: ile....., jak długo:.....;

b) alkohol .....

c) środki odurzające .....

11. Wywiad ginekologiczny:

I miesiączka: ....., ostatnia miesiączka,.....ciąża:..... porody:.....

12. Uczulenia na leki, pokarmy, kosmetyki, pyłek roślin, roślin, roztocza kurzu domowego, inne: