AKIŲ GYDYTOJŲ PRAKTIKA

|  |  |
| --- | --- |
| Pacientas (pavardė, vardas),lytis |  |
| Gimimo data |  |
| Neįgaliojo pažymėjimo Nr.  |  |
| Adresas |  |
| E-paštas |  |
| Telefonai (mobilus, namų, darbo) |  |
| Pradėta (data), numeris |  2018 m. d. M  |

Gerbiamas (-a) paciente, duomenys apie Jūsų organizmo būklę padės išvengti galimų komplikacijų gydymo metu. Duomenų konfidencialumą garantuojame.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ar Jūs sergate?   | Taip (kokiomis?) | Ne |
| Širdies kraujagyslių ligomis, hipertonija |  |  |
| Polinkiu alpimui, nervų ligomis |  |  |
| Alergija, astma |  |  |
| Infekcinėmis ligomis ( TBC, ŽIV ir kt.) |  |  |
| Cukriniu diabetu |  |  |
| Skydliaukės ligomis |  |  |
| Reumatu |  |  |

Ar turite čia neaprašytų sveikatos sutrikimų? Kokių?............................................................................

...............................................................................................................................................................

Kokius medikamentus šiuo metu vartojate?..........................................................................................

...............................................................................................................................................................

Jei pasikeistų sveikatos būklė, prašome informuoti gydytoją per kitą apsilankymą.

Sutikimas

Sutinku, kad man /mano nepilnamečiam vaikui/ globotiniui būtų atliekami tyrimai ir skirtas gydymas. Suprantu, kad tyrimų ir gydymo eigoje gali būti komplikacijų (alerginių reakcijų, anafilaksinis šokas, pašalinis vaistų poveikis).

Su vidaus taisyklėmis susipažinau.

Paciento (arba jo tėvų/globėjų) vardas ir pavardė

...........................................................................

Parašas........................................................... Gydytojo parašas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kadangi "Akių gydytojų praktika" yra Vilniaus Universiteto rezidentūros bazė, apžiūroje kartu su Jūsų gydytoju gali dalyvauti gydytojas rezidentas. Jeigu su tuo sutinkate, prašome pasirašyti, jeigu ne – padėti brūkšnį:

Parašas:.............................................................