



Správa pred plánovaným zaradením pacienta do liečby hyperbarickou oxygenoterapiou (vyplní odosielajúci lekár/pacient)

Priezvisko a meno pacienta :

Rodné číslo

Bydlisko:.....kontakt:.....

Odosielajúci lekár/pracovisko :..... poisťovňa
pacienta :

Základná diagnóza (slovom)
číslo dgn. (MKCH).....

Indikácia súhlasí s indikačným zoznamom poisťovne pre úhradu liečby (ZP 25)
ÁNO NIE

Povinný súhlas poisťovne vyžiadaný (ZP Dôvera, ZP Union)
ÁNO NIE

Subjektívne ťažkosti pacienta :

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

Očakávania pacienta od liečby :

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

Objektívny patologický nález/lokalita :

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

Pokračovanie na druhej strane

Všetky lieky užívané pacientom :

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

Alergická anamnéza:.....

Výpis zo zdrav.dokumentácie (vo vzťahu k základnej diagnóze)

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

Zobrazovacie a iné vyšetrenia (vo vzťahu k základnej diagnóze – CT-MR-Doppler-AG-EMG-RTG.....

vyšetrenie - dátum vyšetrenia – výsledok)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Všeobecné kontraindikácie k liečbe HBO :

(pneumotorax v anamnéze, neliečená malignita, asthma bronchiale, klaustrofóbia, epilepsia, operácia stredného ucha, hyperfunkcia štítnej žľazy, užívanie liekov- adriamicin-disulfiram-doxorubicin-mafenid)

Potreba ORL vyšetrenia ÁNO - Záver :.....
 NIE

Dátum:.....

.....
Pečiatka a podpis lekára/
podpis pacienta*

*podpis osoby, ktorá tlačivo vyplnila