



WAŻNE INFORMACJE DLA PACJENTA

I - Informacja dla pacjentów przyjmowanych na operację do Kliniki okulistycznej Contact-Med.

Warunki przyjęcia do Kliniki w celu wykonania operacji jest dostarczenie przez pacjenta w dniu zabiegu:

1. Aktualnej opinii konsultanta - internisty o stanie zdrowia, czytelnej informacji o przyjmowanych lekach oraz zgody na znieczulenie NLA. **W przypadku gdy pacjent ma przygotowywane do zabiegu oboje oczu zobowiązany jest dostarczyć osobną zgodę na jedno i drugie oko.**

2. Aktualnych wyników następujących badań:

- ◆ morfologia
 - ◆ elektrolity (sod, potas)
 - ◆ poziom cukru we krwi
- badania nie starsze niż 2 miesiące**

◆ EKG badanie nie starsze niż 1 miesiąc

◆ lista przyjmowanych stale leków nasekowych, przeciw nadciśnieniu tętniczemu, przeciw cukrzycowym a także zalecanych przez innych specjalistów

3. Wypełnionej ankiety, którą pacjent otrzymał podczas kwalifikacji.

Przed zabiegiem operacyjnym należy:

1. Na 5 dni przed operacją nie przyjmować następujących leków: Aspiryna, Polopiryna, Acard, Acesan

2. Jeśli pacjent przyjmuje Acenocumarol lub Syncumarol proszę powiadomić o tym lekarza internistę, który zastąpi je innymi preparatami

3. Na dwa dni przed operacją proszę zacząć przyjmować lek:

◆ Oftaquix lub Levomer 4 x dziennie po jednej kropli do obu oczu.

4. W dniu operacji proszę przyjąć leki przeciw nadciśnieniu tętniczemu oraz inne kardiologiczne, o ile są one zlecone na stałe przez lekarza.

5. Co najmniej 6 godzin przed zabiegiem pacjent nie powinien jeść i pić.

Chorzy na cukrzycę przyjmujący insulinę lub doustne leki przeciwcukrzycowe na 3 godziny przed zabiegiem powinni wypić słodki napój (herbatę lub klarowny sok jabłkowy)

6. Należy mieć ze sobą piżamę i pantofle

7. Średni czas pobytu w Klinice to 1-3 godziny. Proszę w rejestracji pytać o godzinę odbioru pacjenta.

8. Prosimy o przestrzeganie godzin przyjścia na zabieg

9. W dniu zabiegu pacjent zgłasza się bez biżuterii, makijażu i pomalowanych paznokci

(42) 630 14 44



CONTACT-MED
CENTRUM OKULISTYCZNE

CENTRUM OKULISTYCZNE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

Szpital Okulistyczny: ul. Wspólna 6, 91-464 Łódź, telefon: 42 630 14 44

II - Zalecenia pooperacyjne

1. Oko goi się po zabiegu około 6 tygodni
2. W tym czasie należy prowadzić oszczędzający tryb życia: unikać wysiłku fizycznego, nie napinać mięśni brzucha, nie podnosić ciężkich przedmiotów, nie pochylać się gwałtownie
3. Należy unikać silnego zaciskania powiek, zwłaszcza podczas śmiechu, kaszlu, kichania, nie uciskać ani nie trzeć operowanego oka
4. Prosimy przestrzegać zaleceń dotyczących użycia kropli:
 - ◆ dokładnie umyć ręce przed zakropieniem
 - ◆ nie stosować innych kropli niż zalecane
 - ◆ nie dotykać końcem buteleczki z kroplami oka, rzęs ani skóry
 - ◆ nie wycierać oka po zakropieniu
5. Sposób podania kropli do worka spojówkowego
 - ◆ usiąść i odchylić głowę do tyłu, ewentualnie położyć się i patrzeć na sufit
 - ◆ spojrzeć w górę i podać do oka jedną kroplę leku
 - ◆ zamknąć oko, ucisnąć przyśrodkowy jego kąt na jedną minutę nie uciskając samej gałki ocznej
 - ◆ czynność powtórzyć przy kolejnym leku
6. Można spacerować bez potrzeby noszenia opatrunku. Należy jednak unikać silnego nasłonecznienia(można używać okularów przeciwsłonecznych)
7. Włosy można myć po 5 dniach od opuszczenia szpitala zwracając uwagę aby mydło i woda nie dostały się do operowanego oka
8. Można korzystać z dotychczasowych okularów, jeżeli jednak korekcja po stronie oka operowanego nie jest właściwa, można wymienić szkło korekcyjne na szkło zerowe, ostateczna korekcja okularowa zostanie ustalona po zagojeniu się oka i ustabilizowaniu się widzenia
9. W przypadku pogorszenia się widzenia, wystąpienia bólu lub innych niepokojących objawów prosimy o niezwłoczne zgłoszenie się do szpitala lub kontakt telefoniczny **(42) 630 14 44**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

PESEL PACJENTA.....

Działając na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L Nr 119, str. 1), zwanego dalej w skrócie RODO, informuję, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: "CONTACT-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, KRS 0000200585, ŁÓDŹ 91-068, UL. CMENTARNA 1, który jako podmiot leczniczy przetwarza dane w celu zapewnienia opieki zdrowotnej i zarządzania usługami opieki zdrowotnej;

2) Osobą kontaktową w sprawach ochrony danych osobowych jest Kierownik Centrum Medycznego Contact-Med Sp. z o.o., kontakt telefoniczny +48 512 096 542, email: kierownik@contact-med.pl

3) Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu prowadzenia przez Administratora działalności leczniczej, w szczególności w celu świadczenia przez Administratora opieki i usług medycznych oraz prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej, w szczególności dane będą przetwarzane w celach poniżej wymienionych w oparciu o poniższe podstawy prawne:

- I. I w zakresie ustalenia tożsamości osoby przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego – art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318), zwanej dalej jako „Ustawa” oraz § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069), zwanego dalej jako „Rozporządzenie”;
- II. w zakresie prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej – art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 Ustawy oraz Rozporządzenia,
- III. w zakresie odbierania i archiwizowania oświadczeń woli osoby jako realizacji praw pacjenta - art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 Ustawy oraz § 8 ust. 1 Rozporządzenia,
- IV. w zakresie zapewnienia kontaktu z osobą w celu informowania jej o zarezerwowanych wizytach lekarskich, potwierdzeniu tych wizyt lub ich odwołaniu lub innych sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami zdrowotnymi, ich wynikami lub zarezerwowanymi terminami wizyt – art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO,
- V. w zakresie dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej – art. 6 ust. 1 lit. f RODO,
- VI. w zakresie prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz rozliczeń z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych – art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2017 r. poz. 1089);

4) odbiorcami danych osobowych są lub mogą być następujące kategorie podmiotów:

- I. podmioty lecznicze współpracujące z administratorem w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności świadczeń zdrowotnych, w tym również zleceniobiorcy i osoby świadczące na rzecz administratora usługi medyczne i lecznicze,
- II. dostawcy usług zaopatrujących administratora w rozwiązania techniczne, technologiczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie przedsiębiorstwem administratora (w szczególności dostawcy usług teleinformatycznych, dostawcy sprzętu diagnostycznego, firmy kurierskie i pocztowe),
- III. dostawcy usług prawnych, doradczych, audytorskich, księgowych oraz wspierających administratora w dochodzeniu należnych roszczeń;

5) okres przechowywania danych wynosi:

- I. w przypadku przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej – przez okres wymagany przepisami prawa nakazującymi administratorowi przechowywanie dokumentacji medycznej 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, poza wyjątkami określonymi przepisami prawa,
- II. w przypadku przetwarzania danych w celu, o którym mowa w pkt 3 ppkt IV i V – przez okres przedawnienia roszczeń z tytułu prowadzonej przez administratora działalności gospodarczej określony przepisami prawa, w szczególności kodeksu cywilnego,
- III. w przypadku przetwarzania danych w celu, o którym mowa w pkt 3 ppkt VI – przez okres wymagany przepisami prawa nakazującymi administratorowi przechowywanie ksiąg rachunkowych (5 lat, licząc od początku roku następującego po roku obrotowym, którego dane dotyczą);

6) przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania;

7) jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, przysługuje Pani/Panu prawo do jej cofnięcia w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem;

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

PESEL PACJENTA.....

8) istnieje możliwość wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO lub innych obowiązujących aktów prawnych z zakresu ochrony danych osobowych;

9) Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi medycznej, a w niektórych przypadkach obowiązek podania danych może wynikać z przepisów prawa.

.....
Data i czytelny **podpis pacjenta**

WYPEŁNIONĄ ANKIETĘ PROSIMY DOSTARCZYĆ W DNIU ZABIEGU

Pytanie:	TAK	NIE
Wiek powyżej 75 lat		
Przeniesienie z innego szpitala lub hospitalizacja w ostatnich 6 miesiącach		
Zabiegi operacyjne, badania inwazyjne, gastroscopia, kolonoskopia, bronchoskopia 6 miesięcy przed hospitalizacją		
Nosicielstwo patogenu alarmowego		
Zaniedbania higieniczne, nietrzymanie moczu, nietrzymanie kału		
Wcześniej przebyte zakażenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi (< 12 m-cy)		
Uszkodzenia skóry, tatuaże, obszerne blizny, kolczykowanie 6 miesięcy przed Hospitalizacją		
Nawrotowe procesy zapalne (np. Zapalenie przydatków, zatok, nawracające czyraki)		
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby		
Aktywne ostre zakażenie (np. zapalenie płuc, zakażenia inwazyjne, ZUM)		
Antybiotykoterapia < 3 m-cy przed hospitalizacją		
Aktualna radioterapia, chemioterapia, sterydoterapia, leczenie biologiczne lub inne metody immunosupresji		
Zaburzenia krzepnięcia krwi, przetoczenia preparatów krwiopochodnych (< 6 m-cy)		
Choroba metaboliczna (cukrzyca, otyłość, mocznica, dna, itp..)		
Choroba autoimmunologiczna niewyrównana, alergia w okresie nasilenia objawów		
Alkoholizm, inne uzależnienia od substancji odurzających, leków		
Palenie tytoniu		
Choroba niedokrwienna serca niewyrównana, niewydolność krążeniowa		
Choroba niedokrwienna kończyn, zespół zatokowo - oskrzelowy		
Przewlekła choroba nerek (st. III-V), dializoterapia		
Przewlekły przerost prostaty albo zaburzenia odpływu moczu lub nietrzymanie moczu		
W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent:		
• miał kontakt z chorym na wirusowe zapalenie wątroby B lub C		
• był u kosmetyczki, fryzjera, stomatologa		
• korzystał z pomocy doraźnej, pogotowia		
• miał wykonywane iniekcje, pobrania krwi, biopsje, punkcje		
W trakcie wcześniejszych hospitalizacji lub po nich wystąpiły u pacjenta powikłania		

WYPEŁNIONĄ ANKIETĘ PROSIMY DOSTARCZYĆ W DNIU ZABIEGU

SKALA VES-13

		TAK	NIE	
1	WIEK	60-74		
		75-84		
		85+		
2	SAMOCENA STANU ZDROWIA	WSPANIAŁE LUB DOBRE		
		PRZECIĘTNE LUB ZŁE		
3	ZNACZNE TRUDNOŚCI W SAMODZIELNYM WYKONYWANIU CZYNNOŚCI Z POWODU STANU ZDROWIA *	ZAKUPY (PRODUKTY TOALETOWE, LEKI)		
		ROZPORZĄDZANIE WŁASNYMI PIENIĘDZMI (ŚLEDZENIE WYDATKÓW, OPŁACANIE RACHUNKÓW)		
		WYKONYWANIE LEKKICH PRAC DOMOWYCH (ZMYWANIE, ŚCIERANIE KURZU)		
		PRZEJŚCIE PRZEZ POKÓJ (PRZY POMOCY KULI, LASKI, O ILE UŻYWA)		
		KĄPIEL (W WANNIE LUB POD PRYSZNICEM)		
		POCHYLANIE, KUCANIE KLĘKANIE		
		PODNOSZENIE, DŹWIGANIE CIĘŻARU O WADZE OKOŁO 4.5 KG		
		PISANIE LUB UTRZYMANIE DROBNYCH PRZEDMIOTÓW		
		SIĘGANIE LUB WYCIĄGANIE RAMION POWYŻEJ BARKU		
		PRZEJŚCIE OKOŁO 1.5 KM		
WYKONANIE CIĘŻKIEJ PRACY DOMOWEJ (MYCIE PODŁÓG, OKIEN)				

* w przypadku znacznych trudności z wykonywaniem powyższych czynności należy zaznaczyć odpowiedź TAK, jeśli nie ma trudności z wykonywaniem powyższych czynności zaznaczamy odpowiedź NIE.

"CONTACT- MED" Sp. z o.o.

ŁÓDŹ,

91-068 ŁÓDŹ, ul. CMENTARNA 1

REGON: 47320064600020

Tel.: 426301444

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:.....

PESEL:.....

Oświadczenie

Zgodnie z Dz.U. 2015 poz. 2069 oświadczam, że **upoważniam Pana/Panią / nie upoważniam nikogo***

.....

(nazwisko i imię)

PESEL:.....

Adres:.....

.....

tel./e-mail.....

- **do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, za życia i po śmierci ***
- **do uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci ***

.....

(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

* **niepotrzebne skreślić**