***DIABETOLOGICZNY DLA DZIECI***

*kontakt: Sekretariat Kliniki Diabetologii i Otyłości Wieku Rozwojowego*

*statystyk medyczny: Irena Monczakowska*

*adres e-mail: diabetologia@skp.ump.edu.pl*

*tel.: (61) 84 91 420*

**ORYGINAŁ SKIEROWANIA DO SZPITALA** NALEŻY PRZESŁAĆ LUB DOSTARCZYĆ OSOBIŚCIE W CIĄGU 14 DNI OD DATY WYSŁANIA ELEKTRONICZNEGO FORMULARZA REJESTRACYJNEGO LUB

MOŻNA FORMULARZ WYDRUKOWAĆ I RAZEM ZE SKIEROWANIEM DO SZPITALA PRZESŁAĆ POCZTĄ / DOSTARCZYĆ OSOBIŚCIE.

Dziecko/pacjent zostanie wpisany na listę oczekujących po dostarczeniu dokumentów ( skierowanie + formularz) i kwalifikacji przez Zespół Oceny Przyjęć. O terminie PRZYJĘCIA DO SZPITALA powiadomimy Państwa mailowo lub telefonicznie lub pisemnie pocztą w ciągu 20 dni od dnia otrzymania oryginału skierowania.

Dodatkowe badania wymagane do wpisu na listę oczekujących: wzrost (cm), waga (kg), cukier we krwi, ciśnienie krwi

**FORMULARZ REJESTRACJI** (wypełnia pacjent/ rodzic/opiekun)

do oddziału **DIABETOLOGICZNEGO DLA DZIECI**

DANE DZIECKA/ PACJENTA

*\*nazwisko i imię dziecka*

*\*PESEL \*data urodzenia*

*\*adres zamieszkania: ul. \*kod: \*miasto:*

DANE KONTAKTOWE

*\*nazwisko i imię rodzica/ opiekuna prawnego*

*\*PESEL*

*\*adres zamieszkania: ul. \*kod: \*miasto*

*tel. stacjonarny \*tel. komórkowy*

*\*e-mail \*e-mail (powtórzyć)*

.

JEDNOSTKA KIERUJĄCA (ze skierowania do szpitala)

*nazwa*

*adres: ul. kod: miasto:*

*tel.*

*\*nazwisko i imię lekarza kierującego*

*\*numer prawa wykonywania zawodu*

*\*rozpoznanie (słownie)*

INFORMACJE O CHOROBIE

*Opis objawów*

*Przebieg leczenia, pobyt w szpitalu/ poradni*

*\*Badania wymagane przy kwalifikacji*

wzrost (cm),

waga (kg),

cukier we krwi,

ciśnienie krwi

*Przyjmowane leki (jeżeli przyjmuje proszę podać nazwę i dawkę )*

Data wypełnienia formularza

Zapisuje się automatycznie

\*pola obowiązkowe

UWAGA: Formularz po zamknięciu strony www nie zapisuje się Na podany mail zostanie automatycznie przesłane potwierdzenie otrzymania

DRUKUJ PRZEŚLIJ