***METABOLICZNY DLA DZIECI***

*kontakt: Sekretariat Kliniki Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych*

*statystyk medyczny: Małgorzata Pajdo*

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

*tel.: (61) 84 91 432*

PREFEROWANA DROGA ZAPISÓW NA LECZENIE CHORÓB METABOLOCZNYCH

* przez przyszpitalną Poradnię Metaboliczną dla dzieci – należy posiadać **skierowanie do poradni metaboliczne**j ( na druku NFZ wystawionym przez lekarza rodzinnego, specjalistę ) i dalej postępować zgodnie z instrukcją na stronie www szpitala ZAPISY DO PORADNI, następnie w REJESTRACJA PORADNIE wybrać PIERWSZA WIZYTA i zarejestrować dziecko.

Czas oczekiwania na wizytę w Poradni Metabolicznej jest dostępny na stronie [www.kolejki.nfz.gov.pl](http://www.kolejki.nfz.gov.pl)

**Dzieci w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu powinny niezwłocznie zgłosić się do Izby Przyjęć szpitala**

* Dla pacjentów posiadających skierowanie do Oddziału Chorób Metabolicznych

**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 zapisu na listę oczekujących: konieczny opis lekarski stanu pacjenta i leczenia

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

 do oddziału **METABOLICZNEGO 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*

*Przyjmowane leki*

Data wypełnienia formularza

 Wpisuje się automatycznie

\*pola obowiązkowe

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

 DRUKUJ PRZEŚLIJ