***NEUROCHIRURGICZNY DLA DZIECI***

*kontakt: Sekretariat Kliniki Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej*

*statystyk medyczny: Karolina Hałas- Wojtasiak*

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

*tel.: (61) 84 91 578*

**ORYGINAŁ SKIEROWANIA DO SZPITALA WYSTAWIONY PRZEZ NEUROCHIRIRGA**  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.

Jeżeli dziecko posiada skierowanie do szpitala wystawione przez innego specjalistę niż NEUROCHIRURG to konieczna jest konsultacja neurochirurgiczna – prosimy o kontakt mailowy lub telefoniczny.

Dodatkowe badania **wymagane** do wpisu na listę oczekujących: Skierowanie od neurochirurga, badania obrazowe (usg, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny)

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

 do oddziału **NEUROCHIRURGICZNEGO 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/ poradni)

*\*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* : badania obrazowe ( wynik słownie )

USG

tomografia komputerowa

rezonans magnetyczny

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

\*pola obowiązkowe

 Data wypełnienia druku

 WPISYWANA AUTOMATYCZNIE

UWAGA: Formularz po zamknięciu strony www nie zapisuje się Po przesłaniu formularza zostanie automatycznie na podany mail wysłane potwierdzenie

 DRUKUJ PRZEŚLIJ