

Szpital i Przychodnia
MEDICA CELSUS Sp. z o.o. Sp.k.
61-249 Poznań, ul. Unii Lubelskiej 1
tel. 61-875-31-76 tel/fax: 61-878-12-90

tel.606 -639 496, 602-133 845 (informacja)
Oddział - tel. 61-879-17-25
Numer konta : Santander Bank Polska
60 1090 1359 0000 0000 3501 9974

Sz. P.PESEL.....
telefon

Uprzejmie informuję, że został Pan/Pani zakwalifikowany/a na zabieg operacyjny

w naszej placówce. Operację wykona

Proszę o **przyjazd** do szpitala w dniu.....o godz.....,

zabranie z sobą **dowodu tożsamości, dowodu szczepienia przeciw żółtaczce zakaźnej typu B** oraz **wyników badań laboratoryjnych i diagnostycznych**, które należy wykonać **7-10 dni przed zabiegiem**

- morfologia
- OB
- czas krzepnięcia i krwawienia (INR)
- poziom elektrolitów (Na,K)
- poziom glukozy w surowicy
- grupa krwi - wynik musi być potwierdzony
- poziom przeciwciał anty Hbs
- antygen Hbs
- badanie moczu
- inne badania diagnostyczne dotyczące choroby np.:Rtg, Usg, KT, jeśli są wykonane
- badanie bHCG dla kobiet w wieku 13 do 55 lat lub oświadczenie
- opinia lekarza pediatry o stanie zdrowia dziecka na dzień przed zabiegiem

Należy ze sobą **zabrać**: obuwie domowe, środki higieniczno – kosmetyczne.
a **nie zabierać**: biżuterii oraz innych cennych rzeczy.

Na parę dni przed zabiegiem należy skontaktować się telefonicznie z lekarzem anestezjologiem w celu uzyskania informacji, jak się przygotować do znieczulenia pod względem diety i stosowanych leków, oraz proszę podać wszystkie ważne informacje dot. zdrowia jak np. uczulenia, incydenty zagrażające życiu, leczenie w poradniach specjalistycznych oraz inne kłopoty ze zdrowiem.

Anestezjolog:tel.....

Koszt operacji wynosizł. (koszt ewentualnych implantów jest doliczany po zabiegu operacyjnym)

Płatności za zabieg należy dokonać przelewem lub gotówką przed przyjęciem na Oddział, natomiast **500zł, stanowiące niezwrotną kaucję** w razie rezygnacji z zabiegu lub zmiany terminu z przyczyn pozamedycznych, należy przelać na podane wyżej konto bankowe Medica Celsus w dniu ustalenia terminu zabiegu, a **potwierdzenie zabrać ze sobą celem przedstawienia w dniu przyjęcia na Oddział**.

W tytule przelewu proszę wpisać imię i nazwisko pacjenta oraz planowaną datę zabiegu.

W koszcie zabiegu nie są wliczane wizyty kontrolne po zabiegu operacyjnym.

Poznań, dnia

e-mail: biuro@celsus.pl ■ rejestracja@celsus.pl ■ www.celsus.pl