



### FORMULARZ REJESTRACJI PACJENTA

Szanowni Państwo,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego formularza. Udzielenie odpowiedzi na zawarte w nim pytania usprawni wpisanie Państwa dziecka w kolejkę oczekujących na przyjęcia do Oddziału. Ze względu na długi czas oczekiwania proszę sprawdzić przybliżone terminy przyjęć do innych oddziałów gastroenterologii na stronie internetowej Informatora o Terminach Leczenia NFZ – [www.terminyleczenia.nfz.gov.pl](http://www.terminyleczenia.nfz.gov.pl).

Przed wypełnieniem formularza proszę zapoznać się z poniższą instrukcją:

- Wypełniony formularz wraz ze skierowaniem oraz kopią istotnych wyników dotychczas przeprowadzonych badań należy złożyć w sekretariacie Oddziału:**
  - osobiście – II piętro, odcinek F, pokój 039
  - mailem – [gastroenterologia.dsk@uckwum.pl](mailto:gastroenterologia.dsk@uckwum.pl)
  - przez portal zapisów na stronie internetowej Oddziału – [www.gastrologiadziecieca.pl/zapisy](http://www.gastrologiadziecieca.pl/zapisy)
  - drogą pocztową – Oddział Kliniczny Gastroenterologii, Żywienia Dzieci i Pediatrii, UCK WUM, ul. Żwirki i Wigury 63A, 02-091 Warszawa
- Na podstawie dostarczonych dokumentów zostanie wyznaczony termin hospitalizacji, o którym zostaną Państwo powiadomieni wybraną poniżej drogą.
- Jeżeli w Państwa ocenie dziecko wymaga natychmiastowej pomocy lub jego stan zdrowia znacznie się pogorszył, należy niezwłocznie zgłosić się do najbliższego szpitala!

### DANE DOTYCZĄCE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka:

PESEL:

Wiek:

Masa ciała:

Wzrost/długość ciała:

Gastroenterologiczny problem zdrowotny:

ból brzucha

ból brzucha wybudzający ze snu

zaparcie

wymioty

obecność krwi w stolcu

wymioty z krwią

zaburzenia połykania

utrata masy ciała

biegunka – liczba stolców w ciągu doby:

inne:

Od kiedy występuje problem zdrowotny?

Czy z tego powodu dziecko było już diagnozowane/leczone?  
Kiedy, gdzie, w jaki sposób?

Czy dziecko ma na stałe podawane leki? Jeśli tak, to jakie?	
Czy u dziecka występują inne problemy zdrowotne? Jeśli tak, to jakie?	

**DANE DOTYCZĄCE OPIEKUNA**

Imię i nazwisko Opiekuna:	
Numer telefonu:	
Adres mail:	
Adres korespondencyjny:	

Jaką drogą chcieliby Państwo otrzymać informację o wyznaczonym terminie przyjęcia do Oddziału?

<input type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> mailowo	<input type="checkbox"/> pocztą
--	----------------------------------	---------------------------------

<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że zrozumiałam/zrozumiałem pytania zawarte w ankiecie, a udzielone odpowiedzi są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. Zdaję sobie sprawę, że informacje podane w formularzu wraz ze skierowaniem stanowią podstawę kwalifikacji dziecka do hospitalizacji i zostaną dołączone do dokumentacji medycznej w momencie udzielania świadczenia opieki zdrowotnej.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka w zakresie niezbędnym do zaplanowania, powiadomienia o terminie i udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej. Administratorem danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
--------------------------	--

--	--

Data i podpis Opiekuna

Data złożenia (wypełnia sekretariat)

Adnotacje Oddziału (wypełnia Oddział)

--