



## Správa pred plánovaným zaradením pacienta do liečby hyperbarickou oxygenoterapiou (vyplní odosielajúci lekár/pacient)

Priezvisko a meno pacienta : .....  
Rodné číslo .....  
Bydlisko:.....kontakt:.....

Odosielajúci lekár/pracovisko :..... poisťovňa  
pacienta : .....

Základná diagnóza (slovom) .....  
číslo dgn. (MKCH).....

Indikácia súhlasí s indikačným zoznamom poisťovne pre úhradu liečby (ZP 25)  
ÁNO NIE

Povinný súhlas poisťovne vyžiadaný (ZP Dôvera, ZP Union)  
ÁNO NIE

Subjektívne ťažkosti pacienta :

.....  
.....  
.....  
.....

Očakávania pacienta od liečby :

.....  
.....  
.....

Objektívny patologický nález/lokalita :

.....  
.....  
.....  
.....

Pokračovanie na druhej strane

Všetky lieky užívané pacientom :

.....  
.....  
.....

Alergická anamnéza:.....

Výpis zo zdrav.dokumentácie (vo vzťahu k základnej diagnóze)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zobrazovacie a iné vyšetrenia (vo vzťahu k základnej diagnóze – CT-MR-Doppler-AG-EMG-RTG.....

vyšetrenie - dátum vyšetrenia – výsledok)

1.....  
2.....  
3.....  
4.....  
5.....

Všeobecné kontraindikácie k liečbe HBO :

(pneumotorax v anamnéze, neliečená malignita, asthma bronchiale, klaustrofóbia, epilepsia, operácia stredného ucha, hyperfunkcia štítnej žľazy, užívanie liekov- adriamicin-disulfiram-doxorubicin-mafenid)

Potreba ORL vyšetrenia            ÁNO - Záver :.....  
   NIE

Dátum:.....

.....  
Pečiatka a podpis lekára/  
podpis pacienta\*

\*podpis osoby, ktorá tlačivo vyplnila