



G./Ga. _____ starost: _____, na **proktološki pregled** ste naročeni dne _____
ob _____ uri pri dr. _____.

Ob tej uri oz. največ 15 minut pred tem se zglasite v sprejemni pisarni. Ura označuje vaš administrativni sprejem in ne obravnave v ambulantni.

Prosimo vas, če odgovorite na naslednja vprašanja:

Kdaj so se začele težave? _____

Kakšne so težave?

- ☐ krvavitev iz zadnjika
- ☐ bolečina v zadnjiku
- ☐ srbenje
- ☐ izpadanje črevesa
- ☐ uhajanje blata

Kako odvajate?

- ☐ večkrat dnevno
- ☐ enkrat dnevno
- ☐ nekajkrat na teden
- ☐ imam stomo oz. drugo: _____
- ☐ trdo
- ☐ srednje
- ☐ mehko
- ☐ tekoče

Ali je imel kdo od družinskih članov polipe ali raka na širokem črevesu?

☐ ne ☐ da kdo? _____

Ali je imel kdo od družinskih članov (mama, oče, brat, teta, babica, ...) druge bolezni na širokem črevesu (ulcerozni kolitis, Mb Crohn)?

☐ ne ☐ da kdo? _____

Ali ste opravili koloskopijo? Prinesite izvid s seboj.

☐ ne ☐ da kdaj? _____

Katera zdravila jemljete redno? _____

Alergije?

☐ ne ☐ da katere? _____

Ali jemljete zdravila proti strjevanju krvi?

☐ ne ☐ da katera? _____

Ali ste se odzvali na državni program SVIT? *Prinesite izvide s seboj!*

☐ ne ☐ da

ZA NAŠE ŽENSKÉ PACIENTE:

Kolikokrat ste rodili? _____

So bile kakšne posebnosti med porodi (epiziotomija, poškodba, hiter porod, inštrumentalni porod?) _____

Vaš podpis: _____

OBRNITE STRANI!



Privolitev za ambulantni pregled – poseg

Dovolim, da so pri pregledu ali/in drugih posegih prisotni drugi zdravstveni (so)delavci in študentje s področja zdravstva zaradi izpopolnjevanja.

Dovolim posredovanje informacij o mojem zdravstvenem stanju

Imam dostop do aplikacije **ZVEM**:

Dovolim pošiljanje izvidov in druge morebitne zdravstvene dokumentacije prek aplikacije "doZdravnika"

Prosimo za vaš elektronski naslov: _____

Priimek in ime: _____
Datum rojstva: _____
Naslov: _____
Telefonska številka: _____

☐ ne ☐ da

☐ ne ☐ da komu? _____

☐ ne ☐ da Kontakt: _____

☐ ne ☐ da

Zdravnikova **pojasnilna dolžnost** glede načrtovanih posegov:

Seznanjen/-a sem, da lahko zdravnik ob pregledu, ob oceni mojega stanja in ob upoštevanju vseh zdravil in drugih terapij, ki jih uživam, opravi zdravniški poseg z namenom zdravljenja moje bolezni in preprečevanja nadaljnjih zdravstvenih posledic in okvar, do katerih bi lahko prišlo zaradi neizvajanja posega/pregleda.

Načrtovani posegi so:

- rektoskopija,
- proktoskopija,
- nastavitev ligature.

Seznanjen/-a sem s tem, da lahko po ustnem pojasnilu zdravnika še:

- postavim dodatna vprašanja,
- se seznanim s posledicami nezdravljenja svoje bolezni,
- pristanem na načrtovani poseg,
- odrečem pristanek,
- soglasje v času svojega zdravljenja ob kontrolnih pregledih prekličem.

S podpisom **potrjujem** razumevanje gornjih navodil in dajem svoje soglasje.

Podpis pacienta ali skrbnika:

Kraj in datum:

Podpis zdravnika:

S podpisom dajete tudi **privolitev** za obdelavo svojih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov za potrebe izven zdravstvene oskrbe:

Podpis pacienta ali skrbnika:

Kraj:

Datum:

OBRNITE STRANI

Za **preklic** soglasja izpolnite spodaj:

S podpisom **preklicujem** zgoraj dano soglasje:

Podpis pacienta ali skrbnika:

Kraj:

Datum:
