



G./Ga. _____, tel. št. _____

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

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

☐ ne ☐ da

Dovoljujem posredovanje informacij o svojem zdravstvenem stanju.

☐ ne ☐ da Komu? _____

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

☐ ne ☐ da

Elektronska pošta: _____

Privolitev za ambulantni pregled/poseg

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, namenjen zdravljenju moje bolezni in preprečevanju nadaljnjih zdravstvenih posledic in okvar, do katerih bi lahko prišlo zaradi neizvajanja posega/pregleda.

Načrtovana posega sta: **ginekološki pregled, UZ-preiskava.**

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

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

S podpisom **potrjujem** razumevanje zgornjih navodil ter z njimi soglašam in potrjujem resničnost vseh navedb.

Podpis pacienta ali skrbnika:

Kraj in datum:

Podpis zdravnika:

Vaš podpis pomeni tudi **privolitev** v obdelavo vaših zdravstvenih in drugih osebnih podatkov za potrebe zunaj zdravstvene oskrbe.

Podpis pacienta ali skrbnika:

Kraj:

Datum:

S podpisom **preklicujem** zgoraj dano soglasje.

Podpis pacienta ali skrbnika:

Kraj:

Datum:



PROSIMO VAS, DA ODGOVORITE NA NASLEDNJA VPRAŠANJA:

Kdaj so se začele težave? _____

Kakšne so težave? ☐ nenadzorovano uhajanje vode
☐ pogosto uriniranje
☐ občutek pritiska navzdol
☐ zdrs rodil
☐ drugo _____

Kolikokrat ste bili noseči? _____

Kolikokrat ste rodili? _____

Posebnosti med porodom (epiziotomija, poškodba, hiter porod, inštrumentalno dokončanje poroda, carski rez)

Vaša starost: _____

Vaša telesna teža: _____

Vaša telesna višina: _____

Kadite? ☐ ne ☐ da

Imate fizično naporno delo? ☐ ne ☐ da

Imate težave z odvajanjem blata oz. zaprtjem? ☐ ne ☐ da

Če uporabljate vložke za inkontinenco, napišite, koliko na dan: _____

Uporabljate hormonsko nadomestno terapijo? Katero ? _____

Ste bili v preteklosti ginekološko operirani? ☐ ne ☐ da

Vrsta operacije: _____

SPODNJE VPRAŠALNIKE IZPOLNITE LE, ČE IMATE TEŽAVE S SEČILI OZ. Z UHAJANJEM VODE.

Kako pogosto vam uhaja urin?

☐ manj kot enkrat na mesec ☐ enkrat ali večkrat na mesec ☐ enkrat ali večkrat na teden ☐ vsak dan oz. vsako noč

Koliko urina vam vsakokrat uide?

☐ nekaj kapljic oz. malo ☐ veliko

Vprašalnik UDI-6: Prosimo, odgovorite na vsako vprašanje tako, da označite najustreznejši odgovor. Pri odgovorih na vprašanja upoštevajte svoje simptome v zadnjih treh mesecih. Zavedamo se, da morda nimate težav na vseh omenjenih področjih, vendar vas prosimo, da obrazec izpolnite čim bolj popolno.

Ali pri sebi opazate, in če, koliko vas moti ...	Sploh ne	Malo	Zmerno	Zelo
pogosto mokrenje	0	1	2	3
uhajanje urina, povezano z močnim občutkom nuje	0	1	2	3
uhajanje urina, povezano s telesno dejavnostjo, kašljanjem ali kihanjem	0	1	2	3
uhajanje majhnih količin urina (po kapljicah)	0	1	2	3
oteženo praznjenje mehurja	0	1	2	3
bolečine ali neprijeten občutek v spodnjem delu trebuha ali genitalijah	0	1	2	3

Vprašalnik PGI-S: Označite kvadratek pred opisom sedanjega stanja svojih sečil.

☐ normalno ☐ blage težave ☐ zmerno težave ☐ hude težave