

Spoštovani!

Naročeni ste na RTG slikanje.

V kolikor na določen termin ne morete priti na preiskavo, prosimo, da nas o tem obvestite na tel. št. 03 898 77 63 med 9.00 – 11.00, da se dogovorimo za drug termin.

Če termina ne boste odpovedali oz. se opravičili zaradi objektivnih razlogov, vas bomo na podlagi "Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dob" (Uradni list RS, št. 15/08 IN 55/17) črtali s čakalnega seznama, napotnico pa vrnili zdravniku, ki vas je na preiskavo poslal.

15 minut pred preiskavo se zglasite v prostorih bolnišnice in se vpišite na enem izmed dveh vrstomatov v pritličju. Pri okencu v RTG čakalnici (št.22) nato oddajte vso zahtevano dokumentacijo, ki jo bomo prekopirali, originale pa v celoti vrnili.

S seboj prinesite:

- originalno napotnico (v kolikor je še niste dostavili)
- kartico zdravstvenega zavarovanja
- obstoječe RTG izvide, radiološke slike in izvid zdravnika specialista, ki vas na preiskavo pošilja.

Po opravljeni preiskavi boste izvid in CD s slikami prejeli po pošti.

Opis RTG slikanja in navodila: Preiskava je hitra in neboleča. Slika nastane s pomočjo ionizirajočega sevanja. Doza pri klasičnem RTG slikanju je nizka. Z delov telesa, ki bodo poslikani, bo potrebno odstraniti nakit (verižice, uro, prstane, uhane, sponke za lase, proteze itd.), včasih tudi oblačila.

V primeru, da ste noseči, nas o tem obvestite!

S podpisom potrjujem, da sem navodila razumel-a in da sem seznanjen-a z namenom ter potekom RTG slikanja.

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Kontaktna telefonska številka: _____

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA – novi koronavirus SARS-CoV-2

Splošni podatki o pacientu:

Ime: _____ Priimek: _____

Datum rojstva: _____

Epidemiološki podatki (za obdobje 10 dni pred bolnišnično obravnavo):

- anketo izpolnite dan ali dva pred predvideno obravnavo oziroma preiskavo.

Ali imate oziroma ste imeli:

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| • povišano telesno temperaturo | DA | NE |
| • kašelj (ki ni kroničen) | DA | NE |
| • slabo počutje | DA | NE |
| • drisko (tekoče in večkrat dnevno odvajanje blata) | DA | NE |
| • nenavaden izpuščaj | DA | NE |
| • ste imeli stik s pacientom s potrjenim SARS-CoV-2 | DA | NE |
| • ste potovali/bivali (<u>vi ali ožji svojci</u>) izven Slovenije v kateri od držav, ki ni na seznamu epidemiološko varnih držav (označena oranžno ali rdeče)* | DA | NE |

*seznam epidemiološko varnih držav se sproti posodablja in je objavljen na spletni strani NIJZ: <https://www.nijz.si/sl/seznam-drzav-za-prehajanje-drzavne-meje-brez-omejitev>

Datum: _____

S podpisom jamčim za resničnost podatkov: _____

Izpolnjeno in podpisano anketo prinesite s seboj na pregled.

V primeru, da na katero izmed zastavljeni vprašanj odgovorite z DA, nas o tem obvestite na telefonsko številko 03 898 77 73, vsak delovni dan med 12.30 in 14.30 uro. Dodelili vam bomo nov datum ambulantnega pregleda oziroma preiskave.



Bolnišnica
Topolšica

