

*Załącznik Nr 13
do Regulaminu Organizacyjnego
„Pro-Medica” w Elku Sp. z o.o.
przyjętego Uchwałą nr U/14/03/2026
Zarządu „Pro-Medica” w Elku Sp. z o.o.
z dnia 23.03.2026 r.*

ZASADY ZAPEWNIENIA DOSTĘPNOŚCI

OSOBOM ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI w „PRO-MEDICA” w Elku Sp. z o.o.

§ 1. Cel dokumentu

1. Celem niniejszego dokumentu jest określenie zasad oraz działań mających na celu zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami pełnej, skutecznej i możliwie niezależnej dostępności do usług świadczonych przez „Pro-Medica” w Elku Sp. z o.o., z poszanowaniem godności pacjenta oraz realizacją praw pacjenta.
 - 1) Dokument obejmuje zasady zapewnienia dostępności architektonicznej,
 - 2) cyfrowej,
 - 3) informacyjno-komunikacyjnej.
2. Zasady określone w niniejszym dokumencie obowiązują całodobowo, przez 7 dni w tygodniu.

§ 2. Podstawa prawna

Dokument opracowano na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami,
- 2) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§ 3. Definicje

1. **Osoba ze szczególnymi potrzebami** – osoba, która ze względu na niepełnosprawność, wiek, stan zdrowia lub inną przyczynę napotyka trudności w korzystaniu z usług na zasadach ogólnych.
2. **Dostępność** – możliwość korzystania przez każdego z usług, informacji, budynków i narzędzi w sposób bezpieczny, samodzielny i godny.

§ 4. Zakres stosowania

1. Zasady obowiązują wszystkich pracowników Spółki oraz podmioty współpracujące wykonujące zadania na jej terenie.
2. Postanowienia dokumentu stosuje się do:
 - 1) budynków i infrastruktury Szpitala,

- 2) systemów informatycznych,
- 3) stron internetowych,
- 4) komunikacji z pacjentem,
- 5) usług medycznych i administracyjnych.

§ 5. Dostępność architektoniczna

Szpital zapewnia:

- 1) wyznaczone miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnościami,
- 2) wejścia do budynku z poziomu parteru,
- 3) wejścia główne pozbawione barier architektonicznych, wyposażone w podjazdy oraz automatyczne drzwi,
- 4) podnośnik pionowy zlokalizowany przy wejściu głównym, oznakowany zgodnie z obowiązującymi zasadami,
- 5) punkt informacyjny oraz rejestracje dostępne dla osób poruszających się na wózkach,
- 6) plan tyflograficzny przy wejściu głównym przeznaczony dla osób niewidomych i słabowidzących,
- 7) windy wyposażone w oznaczenia przycisków w alfabecie Braille'a,
- 8) ciągi komunikacyjne o odpowiedniej szerokości umożliwiającej swobodne poruszanie się,
- 9) co najmniej jedną dostępną toaletę na każdym poziomie budynku,
- 10) drogi ewakuacyjne oznaczone w sposób widoczny i czytelny,
- 11) podjazdy wyposażone w poręcze zapewniające bezpieczeństwo użytkownika,
- 12) dostęp do kaplicy szpitalnej zlokalizowanej przy wejściu głównym,
- 13) dostęp do apteki ogólnodostępnej zlokalizowanej przy wejściu głównym.

§ 6. Dostępność informacyjno-komunikacyjna

1. Formy kontaktu

Szpital zapewnia możliwość kontaktu:

- 1) osobistego,
- 2) telefonicznego z osobą pierwszego kontaktu pełniącą rolę przewodnika pod numerem:
601 476 239,
- 3) drogą elektroniczną pod adresem: **sekretariat@szpital.elk.pl**

2. Obsługa osób ze szczególnymi potrzebami

Szpital zapewnia:

- 1) **pacjentom obcojęzycznym** – całodobowy dostęp do elektronicznego translatora medycznego online umożliwiającego tłumaczenie w czasie rzeczywistym;
 - 2) **osobom niesłyszącym i niedosłyszącym:**
 - a) komunikację pisemną,
 - b) komunikację graficzną – „Karta komunikacji z osobą głuchą” - Załączniki 1a i 1b do niniejszych Zasad,
 - c) korzystanie z wideotłumacza Polskiego Związku Głuchych w godzinach 8:00–18:00 od poniedziałku do piątku,
 - d) kontakt mailowy i SMS w sprawach organizacyjnych;
 - 3) **osobom niemówiącym:**
 - a) komunikację pisemną,
 - b) komunikację graficzną – „Karta komunikacji z osobą głuchą” - Załączniki 1a i 1b do niniejszych Zasad,
 - c) komunikatory tekstowe,
 - d) urządzenia wspomagające komunikację (AAC);
 - 4) **osobom z trudnościami komunikacyjnymi:**
 - a) mówiki,
 - b) materiały informacyjne w powiększonej czcionce,
 - c) lupy.
3. **Informacje dostosowane na życzenie pacjenta**
- 1) dokumenty mogą zostać przygotowane w wersji łatwej do czytania,
 - 2) informacje mogą zostać odczytane, powiększone lub dodatkowo wyjaśnione,
 - 3) możliwa jest pomoc pracownika przy wypełnianiu dokumentów,
 - 4) dostępne są pętle indukcyjne,
 - 5) możliwa jest pomoc pracownika pełniącego rolę przewodnika.

§ 7. Dostępność cyfrowa

1. Strona internetowa

Szpital zapewnia:

- 1) możliwość powiększania czcionki,
- 2) widoczny fokus,
- 3) regulację kontrastu,
- 4) wyróżnienie odnośników,

- 5) obsługę standardowych skrótów klawiaturowych.
2. **Dokumenty elektroniczne**
 - 1) publikowanie dokumentów w formatach dostępnych cyfrowo,
 - 2) tworzenie materiałów zgodnie z zasadami dostępności cyfrowej.
3. **Bezpłatny dostęp do sieci Wi-Fi**

§ 8. Zapewnienie wsparcia

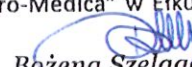
1. **Wstęp z psem asystującym** - Osoba korzystająca z psa asystującego ma prawo wstępu do pomieszczeń Szpitala, z wyjątkiem stref objętych ograniczeniami wynikającymi z procedur epidemiologicznych.
2. **Asysta pracownika**
 1. Pracownik Szpitala zapewnia pomoc w dotarciu do właściwej komórki organizacyjnej.
 2. Personel Punktu Informacyjnego oraz Działu Organizacyjnego posiada przeszkolenie w zakresie obsługi osób ze szczególnymi potrzebami.

§ 9. Wniosek o zapewnienie dostępności i skarga

1. Osoba ze szczególnymi potrzebami ma prawo złożyć wniosek o zapewnienie dostępności w zakresie:
 - 1) architektonicznym,
 - 2) cyfrowym,
 - 3) informacyjno-komunikacyjnym.
2. Wniosek powinien zostać rozpatrzony niezwłocznie.
3. „*Wniosek o zapewnienie dostępności*” stanowi załącznik Nr 2 do niniejszych Zasad.


§ 10. Postanowienia końcowe

1. Dokument wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. Za monitorowanie stosowania niniejszych zasad odpowiada wyznaczony Koordynator ds. Dostępności.


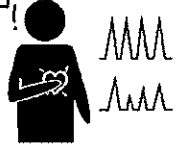
















Prezes Zarządu
"Pro-Medica" w Elku Sp. z o.o.

Bożena Szelągowska

[PJM]*

KARTA KOMUNIKACJI Z OSOBĄ GŁUCHĄ


IMIĘ: DATA DZISIAJ: GDZIE TERAZ JESTEŚ?
 [TERAZ] [TY] [GDZIE?]
 NAZWISKO: NAZWA POLICZ ILE JEST KWADRATÓW
 [KWADRAT] [ILE?]
 WIEK: [NAZWA] [DNIA] [DZISIAJ]
 DATA 2+3=  ILE?
 URODZENIA:

JAK SIĘ CZUJESZ? [TY] [TERAZ] [CZUĆ SIĘ] [JAK]?

1  <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	2  <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATAŁE/ BICIE NIERÓWNO	3  <input type="checkbox"/> SŁABA STRONA	4  <input type="checkbox"/> ALERGIA/UCZULENIE	5  <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	6  <input type="checkbox"/> PADACZKA/DRGAWKI
7  <input type="checkbox"/> BIEGUNKA	8  <input type="checkbox"/> ZATWARDZENIE	9  <input type="checkbox"/> WYMIOTY	10  <input type="checkbox"/> SIKĄĆ PROBLEM	11  <input type="checkbox"/> KASZEL	CZY 7-11 BYŁO Z KRWIĄ? <input type="checkbox"/> DUŻO  <input type="checkbox"/> MAŁO  <input type="checkbox"/> NIE BYŁO
12  <input type="checkbox"/> GORĄCZKA ILE? <input type="text"/>	13  <input type="checkbox"/> DRESZCZE/ZIMNO	14  <input type="checkbox"/> URAZ	15  <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	16  <input type="checkbox"/> ZAWROTY GŁOWY/ OMDLENIE	

KIEDY ZACZĘŁA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [START] [BYŁO] [KIEDY]?

 NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK W CZORAJ DZISIAJ TERAZ

 GODZINA?

CO SIĘ STAŁO? [CO SIĘ STAĆ]?

 <input type="checkbox"/> WYPADEK	 <input type="checkbox"/> POTRĄCIĆ	 <input type="checkbox"/> DYM/WOPARY/OGIEŃ	 <input type="checkbox"/> URAZ
 <input type="checkbox"/> PRZYGNIEŚĆ	 <input type="checkbox"/> PRĄD KOPNAĆ	 <input type="checkbox"/> OBLAME PŁYNEM	 <input type="checkbox"/> WYPADEK PRACA

CZY COŚ CIĘ BOLI?

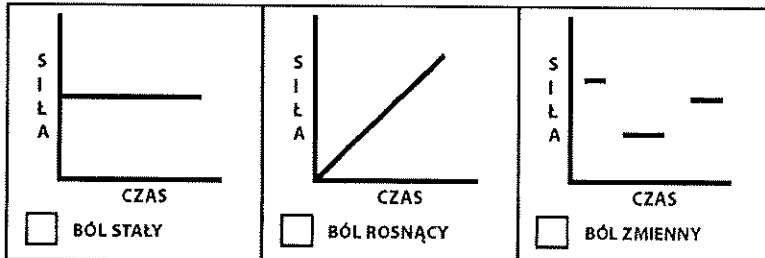


[MASZ] [TY] [BÓL]?

TAK NIE

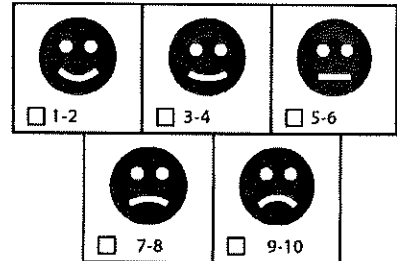
JAKI JEST TWÓJ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?



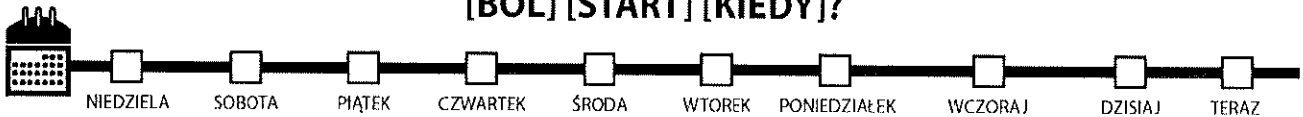
JAK SILNY MASZ BÓL?

[TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?



KIEDY ZACZAŁ SIĘ BÓL?

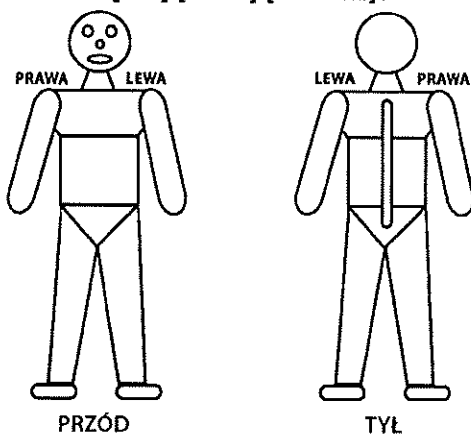
[BÓL] [START] [KIEDY]?



GODZINA?

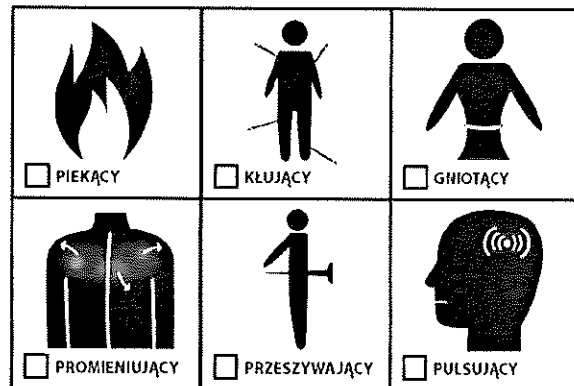
GDZIE CIĘ BOLI?

[TY] [BÓL] [GDZIE]?



JAKI TY MASZ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?



CZY TY MASZ ALERGIĘ?

[ALERGIĘ] [MASZ]?



TAK NIE

 <input type="checkbox"/> ZWIERZĘTA	 <input type="checkbox"/> LEKI	 <input type="checkbox"/> JEDZENIE
[JAKIE]?	[JAKIE]?	[JAKIE]?

CZY BRAŁEŚ

NARKOTYK/
DOPALACZE?

[NARKOTYKI]
[DOPALACZE] [BYŁO]?

PIŁEŚ
ALKHOL?

[ALKOHOL]
[BYŁO]?

CZY JESTEŚ
W CIĄŻY?





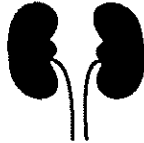
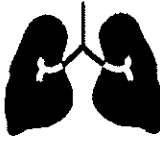










[CIĄŻA] [TY]?

 <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	 <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	 <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
[MIESIĄC] [KTÓRY]?	[KIEDY] [JAKIE] [BYŁO]?	[KIEDY] [BYŁO]?





JAKIE MASZ CHOROBY?

[TY] [CHORY] [MASZ] [CO]?

 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK	 <input type="checkbox"/> TRZUSTKA	 <input type="checkbox"/> WĄTROBA	 <input type="checkbox"/> MÓZG	 <input type="checkbox"/> NERKI	 <input type="checkbox"/> PŁUCA
 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> JELITA	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> RAK/NOWOTWÓR	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> BAKTERIE/WIRUSY	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> KOŚCI	JAKIE MASZ INNE CHOROBY? [TY] [CHORY] [INNE] [CO]?	

JAKIE BIERZESZ LEKI?


[TY] [LEKI] [JEŚĆ] [JAKIE]?

 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> DEPRESJA/ PSYCHIATRA	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> BÓL

WPISZ NAZWY LEKÓW
[NAZWA] [LEKI] JAKIE?]

KIEDY OSTATNIO JADŁEŚ?

[TY] [JEŚĆ] [KIEDY]?


 _____

NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK W CZORAJ DZISIAJ TERAZ

GODZINA?

KIEDY OSTATNIO PIŁEŚ?

[TY] [PIĆ] [KIEDY]?

 _____

NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK W CZORAJ DZISIAJ TERAZ

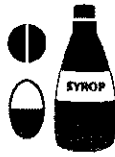
GODZINA?



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA SZPITAL?

[TY] [ZGODA] [ZOSTAĆ] [SZPITAL]?

TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE LEKÓW?

[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [LEKI]?

TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE ZASTRZYKÓW?

[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [ZASTRZYK]?

TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA SZYCIE RAN?

[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [SZYCIE]?

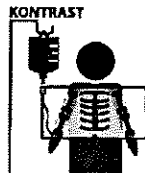
TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE KRWI?

[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [KREW]?

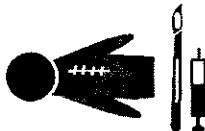
TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA RTG, TOMOGRAF I KONTRAST?

[TY] [ZGODA] [RTG] [TOMOGRAF] [KONTRAST]?

TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA ZNIECZULENIE I OPERACJĘ?

[TY] [ZGODA] [ZNIECZULENIE] [OPERACJA]?

TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA CEWNIK?

[TY] [ZGODA] [CEWNIK]?

TAK NIE



CZY CHCESZ TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO?

[TY] [TŁUMACZ] [JĘZYK] [MIGOWY] [CHCIEĆ]?

TAK NIE



WPISZ NUMER TELEFONU I ADRES RODZINY

[TWÓJ] [RODZINA] [TELEFON/ADRES] [WPISZ]

IMIĘ: NAZWISKO: WIEK: DATA URODZENIA:

JAK SIĘ CZUJESZ?
[TY] [TERAZ] [CZUĆ_SIE] [JAK]?

1 <input type="checkbox"/> KASZEL	2 <input type="checkbox"/> KATAR/KICHANIE	3 <input type="checkbox"/> BÓL GARDŁA	4 <input type="checkbox"/> GORĄCZKA	5 <input type="checkbox"/> DRESZCZE/ZIMNO
7 <input type="checkbox"/> BIEGUNKA	8 <input type="checkbox"/> ZATWARDZENIE	9 <input type="checkbox"/> WYMIOTY	10 <input type="checkbox"/> SIKĄC PROBLEM	11 <input type="checkbox"/> URAZ
12 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	13 <input type="checkbox"/> ZAWROTY GŁOWY/ OMDLENIE	14 <input type="checkbox"/> PROBLEMY SEN	15 <input type="checkbox"/> SMUTEK	16 <input type="checkbox"/> ZDENERWOWANIE
17 <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	18 <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	19 <input type="checkbox"/> ALERGIA/ UCZULENIE	20 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	21 <input type="checkbox"/> BÓL

INNE WPISZ:

Z CZYM MASZ TERAZ PROBLEM?
[TY] [CHORY] [JAK_WYGLĄDAĆ]?

 <input type="checkbox"/> TWARZ	 <input type="checkbox"/> USTA	 <input type="checkbox"/> OCZY	 <input type="checkbox"/> WĄTROBA		 <input type="checkbox"/> KOŚCI
 <input type="checkbox"/> MÓZG		 <input type="checkbox"/> NOS	 <input type="checkbox"/> TRZUSTKA		 <input type="checkbox"/> NERKI
 <input type="checkbox"/> SERCE		 <input type="checkbox"/> UCHO	 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK	 <input type="checkbox"/> KRĘGOSŁUP	
 <input type="checkbox"/> PŁUCA		 <input type="checkbox"/> JELITA	 <input type="checkbox"/> POCHWA	 <input type="checkbox"/> PENIS	 <input type="checkbox"/> ODBYT

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
---------	---------	--------------	------------------	---------------------	---

KIEDY ZACZĘŁA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [START] [BYŁO] [KIEDY]?

NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK W CZORAJ DZISIAJ TERAZ

DATA? GODZINA?

JAK CZĘSTO MASZ OBJAWY CHOROBY? [TY] [CHORY] [JAK] [CZĘSTO]? [ILE] [RAZY]?

 <input type="checkbox"/> RAZ NA DZIEŃ	 <input type="checkbox"/> KILKA DZIEŃ ILE? <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> CAŁY DZIEŃ	 <input type="checkbox"/> RAZ NA MIESIĄC	 <input type="checkbox"/> KILKA MIESIĄC ILE? <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> CAŁY MIESIĄC
---	---	---	---	---	---

CODZIENNIE

NIEDZIELA PONIEDZIAŁEK WTOREK ŚRODA CZWARTEK PIĄTEK

KILKA W TYGODNIU ILE?

CO ROBIŁEŚ, KIEDY ZACZĘŁA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [ZACZYNAĆ] - [TY] [ROBIĆ] [CO]?

 <input type="checkbox"/> JEDZENIE	 <input type="checkbox"/> SEN	 <input type="checkbox"/> PRACA	 <input type="checkbox"/> NERWY	 <input type="checkbox"/> WYPADEK PRACA
 <input type="checkbox"/> ALKOHOŁ	 <input type="checkbox"/> LEKI	 <input type="checkbox"/> ZIMNA TEMPERATURA	 <input type="checkbox"/> GORĄCA TEMPERATURA	

INNE WPISZ:

JAK ZMIENIA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [ZMIANA] [JAK_WYGLĄDA]?

 <input type="checkbox"/> CHOROBA STAŁA	 <input type="checkbox"/> CHOROBA ROSNĄCA	 <input type="checkbox"/> CHOROBA ZMIENNA
--	--	--

JAK SILNY MASZ BÓL? [TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?

 <input type="checkbox"/> 1-2	 <input type="checkbox"/> 3-4	 <input type="checkbox"/> 5-6	 <input type="checkbox"/> 7-8	 <input type="checkbox"/> 9-10
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

JAKI TY MASZ BÓL? [TY] [BÓL] [JAK_WYGLĄDA]?

 <input type="checkbox"/> PIEKĄCY	 <input type="checkbox"/> KŁUJĄCY	 <input type="checkbox"/> GNIOTĄCY
 <input type="checkbox"/> PROMIENIUJĄCY	 <input type="checkbox"/> PRZESZYWAJĄCY	 <input type="checkbox"/> PULSUJĄCY

CZY BRAŁEŚ JAKIEŚ LEKI? [TY] [BYŁO] [JEŚĆ] [LEK]?



TAK NIE

NAZWA:

CZUŁEŚ SIĘ LEPIJ PO LEKACH? [TY] [LEKARSTWO] [JEŚĆ] - [PO] [BYŁO] [CZUĆ_SIE] [LEPIJ]?





TAK NIE

<input checked="" type="checkbox"/> TAK	<input checked="" type="checkbox"/> NIE	<input checked="" type="checkbox"/> ROZUMIEĆ	<input checked="" type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ	<input checked="" type="checkbox"/> ZGODA	<input checked="" type="checkbox"/> NIE ZGODA	<input checked="" type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
---	---	--	--	---	---	---











GŁOWA, NARZĄDY ZMYŚLÓW I PSYCHIKA







GDZIE CIĘ BOLI GŁOWA? [TY] [GŁOWA] [BÓL] [GDZIE]?

 <input type="checkbox"/> PRZÓD	 <input type="checkbox"/> GÓRA	 <input type="checkbox"/> TYŁ	 <input type="checkbox"/> BOK
---	--	---	---

JAKIE MASZ OBJAWY? [CO SIĘ DZIEJE]?

 OKULARY TY MASZ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	 <input type="checkbox"/> WIDZIEĆ ŹLE	
 <input type="checkbox"/> WIDZIEĆ PODWÓJNIE	 <input type="checkbox"/> DUŻO ŁEZ	 <input type="checkbox"/> SUCHE OKO
 <input type="checkbox"/> KREW Z NOSA	 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ NOS PROBLEM	 <input type="checkbox"/> NIE CZUĆ ZAPACH









JAKIE MASZ OBJAWY? [CO SIĘ DZIEJE]?







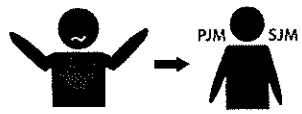
 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	 <input type="checkbox"/> SMUTEK	 <input type="checkbox"/> PROBLEMY SEN	 <input type="checkbox"/> NERWY
 <input type="checkbox"/> ZAPOMINAĆ	 <input type="checkbox"/> ALKOHOŁ PIĆ DUŻO		

UKŁAD POKARMOWY

 <input type="checkbox"/> NIE CHCIEĆ JEŚĆ	 <input type="checkbox"/> CHCIEĆ DUŻO JEŚĆ	 <input type="checkbox"/> ZGAGA	 <input type="checkbox"/> WZDĘCIA	 <input type="checkbox"/> BÓL JEŚĆ		
 <input type="checkbox"/> WYMIOTY	KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ILE RAZY?: <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> NUDNOŚCI	 <input type="checkbox"/> ZATWARDZENIE	 <input type="checkbox"/> HEMOROIDY/ KREW Z ODBYT	 <input type="checkbox"/> BIEGUNKA	KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE BIEGUNKA ILE RAZY?: <input type="text"/> BIEGUNKA JAKI KOLOR?: <input type="text"/>

UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

MOCZ/SIKI JAK WYGLĄDAĆ? KOLOR: NORMALNY <input type="checkbox"/> INNY <input type="text"/> ZAPACH: NORMALNY <input type="checkbox"/> INNY <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ DUŻO/CZĘSTO	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ MAŁO	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ BÓL	 <input type="checkbox"/> NIE SIKAĆ
 <input type="checkbox"/> SIKAĆ W NOCY	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ NAGLE MUSI	 <input type="checkbox"/> NIE TRZYMAĆ SIKI	 <input type="checkbox"/> SEKS PROBLEM	

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA	 NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
---	---	--	--	---	---	--

UKŁAD ENDOKRYNNY

 <input type="checkbox"/> WAGA WIĘCEJ	 <input type="checkbox"/> WAGA MNIEJ	 <input type="checkbox"/> NERWY	 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	 <input type="checkbox"/> DUŻO PIĆ
 <input type="checkbox"/> SIKAĆ DUŻO/ CZĘSTO	 <input type="checkbox"/> WYPADAĆ WŁOSY	 <input type="checkbox"/> DUŻO SIĘ POCIĆ	 <input type="checkbox"/> ZIMNO	

UKŁAD ODDECHOWY

 <input type="checkbox"/> KASZEL SUCHY	 <input type="checkbox"/> KASZEL MOKRY (FLEGMA)
<input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	

KREW BIAŁA? TAK NIE
ILE PAZY:
FLEGMA JAKI
KOLOR?

UKŁAD KRĄŻENIA

 <input type="checkbox"/> BÓL	 <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	 <input type="checkbox"/> SZYBKE BICIE	 <input type="checkbox"/> WOLNE BICIE
 <input type="checkbox"/> SPUCHNIĘCIE NÓG	 <input type="checkbox"/> ZIMNE NOGI I RĘCE	 <input type="checkbox"/> BÓL CHODZIĆ	 <input type="checkbox"/> ŻYŁAKI	

INNE

 <input type="checkbox"/> POCIĆ SIĘ NOC	 <input type="checkbox"/> PIERSI GUZ	 <input type="checkbox"/> MLEKO/PLYN/ KREW Z PIERSI
 <input type="checkbox"/> JĄDRO GUZ	 <input type="checkbox"/> PIEPRZ ROŚNIE BÓL/ZMIANA WYGLĄD	

**CZY TY MASZ ALERGIĘ?
[ALERGIĘ MASZ?]**
 TAK NIE
WPISZ
NAZWA:

**CZY JESTEŚ W CIAŻY?
[CIAŻA TY?]**
 TAK NIE
MIESIĄC KTÓRY?:

**INNY DOKTOR
CHODZISZ TY?**
 TAK NIE
WPISZ:

SZPITAL BYŁO?
 TAK NIE
DLACZEGO WPISZ:

OPERACJA BYŁO?
 TAK NIE
DLACZEGO WPISZ:

PIŁEŚ ALKOHOŁ?
 TAK NIE

MIESZKASZ Z KIM?
 SAM
 Z RODZINĄ

CHOROBY TWOJEJ RODZINY?
MAMA/TATA: DZIECI:
BRAT: SIOSTRA:

PIWO
ILE ? TYDZIEŃ

WINO
ILE ? TYDZIEŃ

WÓDKA
ILE ? TYDZIEŃ
















**CZY BRAŁEŚ NARKOTYKI/
DOPALACZE?**
 TAK NIE
NAZWA JAKIE: ILE RAZY?

PALIĆ TY?
 TAK NIE
WIEK START:
 ILE ? DZIEŃ

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA	 NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
---------	---------	--------------	------------------	-----------	---------------	--



JAKIE MASZ CHOROBY?
[TY] [CHOROBA] [JAK] [WYGLĄDĄĆ]?

 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK	 <input type="checkbox"/> TRZUSTKA	 <input type="checkbox"/> WĄTROBA	 <input type="checkbox"/> MÓZG	 <input type="checkbox"/> NERKI	 <input type="checkbox"/> PŁUCA
 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> JELITA	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> RAK/ NOWOTWÓR	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/ DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> BAKTERIE/ WIRUSY	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> KOŚCI	JAKIE MASZ INNE CHOROBY? [TY] [CHOROBY] [INNE] [JAK_WYGLĄDĄĆ]	


JAKIE BIERZESZ LEKI?
[TY] [LEKI] [JEŚĆ] [JAKIE]?







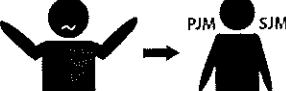
 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/ DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> DEPRESJA/ PSYCHIATRA	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> BÓL

WPISZ NAZWY LEKÓW

CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA BADANIE?
[TY] [BADANIE] [ZGODA]?

TAK NIE

 PROSZĘ SIĘ ROZEBRAĆ	 ODDYCHAJ GŁĘBOKO	 POŁÓŻ SIĘ	 BADANIE CIŚNIENIA	 EKG
 OTWÓRZ/ZAMKNIJ OCZY	 BADANIE UCHA	 OTWÓRZ USTA	 BADANIE ODBYT	

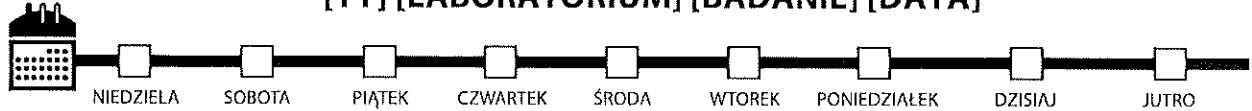
 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA	 NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
--	--	---	---	--	--	---

POTRZEBUJESZ BADAŃ
 [TY] [MUSIEĆ] [ZROBIĆ] [BADANIA] [INNE]

NIE JEDZI	NIE PIJI	LEKI ZJEDZ NORMALNIE	INSULINA NIE BRAĆ!	7 RANO	BADANIE KRWI	BADANIE MOCZU	BADANIE KAŁU
-----------	----------	----------------------	--------------------	--------	--------------	---------------	--------------

WEŹ Z DOMU:

[TY] [LABORATORIUM] [BADANIE] [DATA]



POTRZEBUJESZ BADAŃ
 [TY] [MUSIEĆ] [ZROBIĆ] [BADANIA] [INNE]

USG	KOLONOSKOPIA	RTG	MAMMOGRAFIA	GASTROSKOPIA
-----	--------------	-----	-------------	--------------

ZALECENIA

DNI ZOSTAŃ W ŁÓŻKU	ALKOHOL STOP	PAPIEROSY STOP	ĆWICZENIA	CUKIER ZAPISUJ	CIŚNIENIE ZAPISUJ	DATA [][][][][][] GODZINA [][]
PRZYNIĘŚ DOKUMENTY SZPITAL	PRZYNIĘŚ NAZWY LEKÓW	PRZYNIĘŚ ZAPIS CIŚNIENIE /CUKIER	MUSISZ JECHAĆ SZPITAL POCZEKAJ	DATA [][][][][][] GODZINA [][]	PIEŁĘGNIARKA BĘDZIE ZASTRZYK W TWÓJ DOM	ZWOLNIENIE LEKARSKIE

RECEPTA

NAZWA						
GODZINA						
GODZINA						
GODZINA						
GODZINA						

SAM BADAJ JĄDRA 1x NA MIESIĄC	SAM BADAJ PIERSI 1x NA MIESIĄC
----------------------------------	-----------------------------------

INNY LEKARZ SKIEROWANIE:
 [JA_DAC_CJ] [SKIEROWANIE] [INNY] [LEKARZ]:



- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> KARDIOLOG | <input type="checkbox"/> PSYCHIATRA |
| <input type="checkbox"/> CHIRURG | <input type="checkbox"/> PULMONOLOG |
| <input type="checkbox"/> ONKOLOG | <input type="checkbox"/> GASTROENTEROLOG |
| <input type="checkbox"/> NEFROLOG | <input type="checkbox"/> NEUROLOG |
| <input type="checkbox"/> SZPITAL | <input type="checkbox"/> DERMATOLOG |

TAK	NIE	ROZUMIEĆ	NIE ROZUMIEĆ	ZGODA	NIE ZGODA	NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ JĘZYKOWY POTRZEBNY
-----	-----	----------	--------------	-------	-----------	---



.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
.....
(adres Wnioskodawcy)

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U z 2022 r., poz. 2240 ze zm.), jako (zaznacz jedną z dwóch odpowiedzi):

osoba ze szczególnymi potrzebami

(tj. osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w której się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami)

przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami (rodzic, opiekun, kurator)

.....
(podaj imię i nazwisko osoby ze szczególnymi potrzebami)

wnoszę o zapewnienie dostępności w zakresie:

dostępności architektonicznej, (np. wózek inwalidzki, łóżko)

dostępności cyfrowej

dostępności informacyjno – komunikacyjnej (np. dokumenty z powiększoną czcionką)

1. Jako barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą zapewnienie dostępność wskazuję:

Napisz dlaczego jest Ci trudno załatwić swoją sprawę. Możesz wymienić kilka powodów.

.....
.....

2. Potrzebuję zapewnienia dostępności, w dniuo godz. w celu:

Odbycia wizyty lekarskiej

Wykonania badań

Odbioru wyników

Załatwienia innej sprawy- proszę podać jakiej.....

W Pracowni/ Poradni/ Oddziale

3. Proszę o zapewnienie dostępności poprzez (jakie wsparcie będzie dla Ciebie najlepsze):

.....
Sposób kontaktu (wybierz formę kontaktu):

1. telefonicznie (nr telefonu)
2. listownie(adres)
3. elektronicznie (adres e-mail)
4. Inna forma (jaka?)

**UWAGA: W RAZIE REZYGNACJI Z POTRZEBY POMOCY PROSIMY ZGŁOSIĆ TEN FAKT NA NUMER TELEFONU: .
87 620 95 71**

..... data i podpis Wnioskodawcy

Wypełniony wniosek należy przesłać e-mailem na adres sekretariat@szpital.elk.pl lub pocztą tradycyjną, ewentualnie dostarczyć osobiście do Sekretariatu Zarządu „Pro-Medica” w Elku Sp. z o.o. nie później niż 14 dni przed planowaną wizytą w Szpitalu.

