Nr księgi głównej: ……

Nr księgi oddziałowej: ……..

(pieczątka oddziału)

HISTORIA CHOROBY

Imię (imiona) ..... **Nazwisko** ..... K ☐ M ☐

Miejsce i data urodzenia ..... _ _ / _ _ / _ _ _ _ PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adres zamieszkania.....

…… tel. ……

Opiekun (adres, telefon) .....

……tel.……

Oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej: Tak ☐ Nie ☐

Dokument ubezpieczeniowy w przypadku braku potwierdzenia ubezpieczenia w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych ….....

.....

Tryb przyjęcia: planowy ☐, nagły ze skierowaniem z ratownictwa medycznego ☐ nagły ze skierowaniem innym niż z ratownictwa medycznego ☐, nagły bez skierowania ☐ uczestnik wypadku komunikacyjnego ☐

Przyjęto dnia: _ _ / _ _ 20 _ _ godz. _ _ : _ _ do Oddziału – godz. _ _ : _ _

Przeniesienia międzyoddziałowe:

Dnia _ _ / _ _ 20 _ _ godz. _ _ : _ _ do Oddziału ……

Dnia _ _ / _ _ 20 _ _ godz. _ _ : _ _ do Oddziału ……

Dnia _ _ / _ _ 20 _ _ godz. _ _ : _ _ do Oddziału ……

Rozpoznanie wstępne (ustalone przez lekarza przyjmującego): **Kod ICD 10**

1..... .....

2 ....

3 ....

4 ....

.....

(podpis i pieczątka lekarza przyjmującego)

1. Wyrażam zgodę / nie wyrażam * na przyjęcie i pobyt w szpitalu, wstępne badania diagnostyczne i udzielenie świadczeń zdrowotnych.

……

(podpis pacjenta / opiekuna)

2. Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany o tym, że informacja o prawach i obowiązkach pacjenta została wywieszona na tablicy informacyjnej.
3. Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości oddania rzeczy wartościowych do depozytu szpitalnego.

Nr kwitu depozytowego: .....

4. Do zasięgania informacji o stanie mojego zdrowia upoważniam / nie upoważniam *: .....

……. tel.: ……

(dane kontaktowe)

5. Do pozyskania dokumentacji medycznej upoważniam / nie upoważniam *: .....

……

Upoważniony ma prawo / nie ma prawa * wglądu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta.

6. Założono identyfikator z danymi osobowymi pacjenta …….....

☐ Pacjent nie będący w stanie podpisać wyżej wymienionych zgód (nieprzytomny, niewspółpracujący).

……..... ……..

(podpis i pieczątka osoby zbierającej dane) (podpis pacjenta / opiekuna)

Legnica, dnia _ _ / _ _ 20 _ _

*niepotrzebne skreślić

admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Imię i nazwisko pacjenta: .....

WYWIAD:

PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI (powód przyjęcia, główne dolegliwości, dotychczasowy przebieg leczenia):

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

DOLEGLIWOŚCI Z POZOSTAŁYCH NARZĄDÓW I UKŁADÓW:

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

PRZEBYTE CHOROBY / POPRZEDNIE HOSPITALIZACJE:

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

OBECNIE ZAŻYWANE LEKI / SUPLEMENTY DIETY:

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

ALERGIE:

.....
.....

ZAJĘCIE: uczeń ☐ prac. umysłowy ☐ prac. fizyczny ☐ rolnik ☐ emeryt / rencista ☐ inny ☐

WYKSZTAŁCENIE: niep. podst. ☐ podstawowe ☐ zas. zawodowe ☐ średnie ☐ niep. wyższe ☐ wyższe ☐

DIETA:

.....
.....

UŻYWKI: papierosy ..... alkohol ..... inne .....

WYWIAD RODZINNY / ZAWODOWY:

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

DOTYCZY KOBIET – CIĄŻA: ☐ nie ☐ tak, czas trwania .....

☐ data ostatniej miesiączki .....

.....
(podpis i pieczątka lekarza przeprowadzającego wywiad)

Admed® MEDICAL PARTNER

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Epikryza

.....

.....

.....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Wypis pacjenta ze Szpitala:

Rozpoznanie końcowe: **Kod ICD 10**

Choroba zasadnicza:..... .....

Choroby współistniejące:..... .....

....

....

....

....

....

....

Powikłania: .....

Rodzaj leczenia: **Kod ICD 9**

Zachowawcze: ☐ farmakologiczne ☐ inne..... .....

Operacyjne ☐ (jakie, kiedy) ..... _ _ / _ _ 20 _ _ .....

..... _ _ / _ _ 20 _ _ .....

..... _ _ / _ _ 20 _ _ .....

Wypisany(a), data _ _ / _ _ 20 _ _ **do domu** ☐ **do innego ZOZ** ☐ **na własne żądanie** ☐ **inne** ☐

W czasie pobytu pacjenta w szpitalu: nie stwierdzono zakażenia szpitalnego ☐

stwierdzono zakażenie szpitalne ☐ (należy wypełnić kartę zakażeń szpitalnych)

Transport sanitarny: Nie ☐ Tak ☐ Uzasadnienie.....

Zgon przed upływem 12 godz. ☐ po upływie 12 godz. od przyjęcia do szpitala ☐

Data zgonu: **_ _ / _ _ 20 _ _** godzina zgonu: **_ _ : _ _** **Kod ICD 10**

Bezpośrednia przyczyna zgonu:..... .....

Wtórna: ....

Wyjściowa: ....

Zlecono sekcję: tak / nie (podać uzasadnienie podjętej decyzji) .....

.....

Rozpoznanie na podstawie badania pośmiertnego: .....

.....

Ze zwłok pobrano narządy, tkanki: tak /nie .....

Z dokumentacji wydano .....

.....

Zostałem (am) w pełni poinformowany (a) w sposób dla mnie zrozumiały o stanie mojego zdrowia, wynikach leczenia, rokowaniu oraz o wykonanych u mnie procedurach diagnostyczno – terapeutycznych.

.....
(podpis pacjenta / opiekuna)

....
(podpis i pieczątka lekarza wypisującego) **(podpis i pieczątka ordynatora)**

Statystyka: Historię choroby przyjęto dnia ....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Admed MEDICAL PARTNER ®