NUMER KOLEJNY W KSIĘDZE PORAD AMBULATORYJNYCH [ ]

Imię i nazwisko pacjenta..... PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ubezpieczenie: ☐**Tak** ☐**Nie** **Oświadczenie:** ☐**Tak** ☐**Nie** **Triage:** ☐**Tak** ☐**Nie**

data _ _ / _ _ 20_ _ **godzina i minuta ..... : ..... zgłoszenia się pacjenta**

Dolegliwości (powód zgłoszenia):

…….....

.....

Wywiad lekarski / badanie przedmiotowe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Udzielone świadczenia zdrowotne:

.....

.....

.....

…….....

Zalecenia lekarskie:

…….....

…….....

.....

Rozpoznanie w języku polskim:

.....

.....

…….....

Transport sanitarny: ☐**Tak** ☐**Nie**

Miejsce skierowania pacjenta: dalsze leczenie: ☐ **u lekarza rodzinnego**

☐ **w poradni specjalistycznej** …….....

Wydano: wyniki badań ☐ **dokumentacja RTG** ☐ **skierowania** ☐ **recepty** ☐ **karta informacyjna** ☐ ….....

potwierdzenie odb

…….....

(podpis i pieczątka lekarza)

KARTA INFORMACYJNA

Imię i nazwisko pacjenta..... PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ubezpieczenie: ▯**Tak** ▯**Nie** **Oświadczenie:** ▯**Tak** ▯**Nie** **Triage:** ▯**Tak** ▯**Nie**

data _ _ / _ _ 20_ _ **godzina i minuta ..... : ..... zgłoszenia się pacjenta**

Dolegliwości (powód zgłoszenia):

……

.....

Wywiad lekarski / badanie przedmiotowe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Udzielone świadczenia zdrowotne:

.....

.....

.....

……

Zalecenia lekarskie:

……

……

.....

Rozpoznanie w języku polskim:

.....

.....

……

Transport sanitarny: ▯**Tak** ▯**Nie**

Miejsce skierowania pacjenta: dalsze leczenie: ▯ **u lekarza rodzinnego**

▯ **w poradni specjalistycznej** ….....

Wydano: wyniki badań ▯ **dokumentacja RTG** ▯ **skierowania** ▯ **recepty** ▯ **karta informacyjna** ▯ ….....
potwierdzenie odb

….....
(podpis i pieczątka lekarza)

Admed® MEDICAL PARTNER