

Imię i nazwisko pacjenta:.....

### Wypis pacjenta ze Szpitala:

<b>Wypisany jako:</b> <input type="checkbox"/> wyleczony <input type="checkbox"/> z poprawą <input type="checkbox"/> bez poprawy <input type="checkbox"/> z pogorszeniem <input type="checkbox"/> zmarł	<b>Wypisany (a) dokąd:</b> <input type="checkbox"/> do domu <input type="checkbox"/> do innego szpitala / oddziału psychiatr./odwykowego <input type="checkbox"/> do szpitala niepsychiatrycznego <input type="checkbox"/> do domu pomocy społecznej <input type="checkbox"/> inne	<b>Wnioski:</b> <input type="checkbox"/> poczytalność <input type="checkbox"/> poczytalność znacznie ograniczona <input type="checkbox"/> niepoczytalność <input type="checkbox"/> środek zabezpieczający z art. 99 <input type="checkbox"/> środek zabezpieczający z art. 100 <input type="checkbox"/> środek zabezpieczający z art. 102
<b>Obserwacja sądowo psychiatryczna:</b> art. KK, KC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

### DANE DOTYCZĄCE DALSZEGO LECZENIA PACJENTA

<b>Wskazania dalszego leczenia:</b> <input type="checkbox"/> bezwzględne <input type="checkbox"/> względne <input type="checkbox"/> nie ma wskazań	<b>Miejsce dalszego leczenia (pomocy):</b> <input type="checkbox"/> poradnia zdrowia psychicznego lub odwykowa <input type="checkbox"/> przychodnia przykliniczna / przyszpitalna <input type="checkbox"/> oddział dzienny psychiatryczny / odwykowy <input type="checkbox"/> oddział / zespół środowiskowy <input type="checkbox"/> hostel <input type="checkbox"/> lekarz prywatnie praktykujący <input type="checkbox"/> dom pomocy społecznej <input type="checkbox"/> inna opieka <input type="checkbox"/> nie wymaga opieki psychiatrycznej
---	--

### OŚWIADCZENIE PACJENTA LUB PRZEDSTAWI CI ELA USTAWOWEGO:

**Żądam wypisania z oddziału wbrew zaleceniom lekarskim.**

Data \_\_/\_\_/20\_\_ .....  
(podpis pacjenta) (podpis przedstawiciela ustawowego)

### DANE O ZGONI E PACJENTA

Data zgonu -- godz. -  
dzień miesiąc rok

Wyjściowa przyczyna zgonu wg rozpoznania klinicznego .....

Przyczyna zgonu wg wyniku sekcji .....

Sekcję:  wykonano  nie wykonano Odstąpienie od sekcji:  na prośbę rodziny  z innych względów  
Ze zwłok pobrano narządy, tkanki: nie / tak .....

..... (Podpis i pieczęć lekarza wypisującego)	..... (Podpis i pieczęć ordynatora)
Statystyka: Historię choroby przyjęto dnia .....	..... (Podpis)

\* niepotrzebne skreślić

strona 4/4

Nr księgi głównej:.....

Nr księgi oddziałowej: .....

(pieczęć oddziału)

### HISTORIA CHOROBY – ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY

<b>Imię (imiona)</b> .....	<b>Nazwisko</b> .....
Miejsce i data urodzenia .....	PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Miejsce stałego zameldowania .....	
Oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Dokument ubezpieczeniowy w przypadku braku potwierdzenia ubezpieczenia w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych.....	

Przyjęto dnia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> o godz. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wypisano dnia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Po raz który w życiu przyjęty (a) do szpitala (oddziału) psychiatrycznego / odwykowego .....
Leczony (a) poprzednio w oddziale psychiatrycznym / odwykowym: .....
Przyjęty (a) pierwszy raz w życiu do szpitala (oddziału) psychiatrycznego / odwykowego w roku .....
Czas od ostatniego wypisania z oddziału psychiatrycznego / odwykowego: lat ..... mies. .... dni .....

### ROZPOZNANIE

Kod ICD 10

Rozpoznanie wstępne: .....  
Choroba zasadnicza: .....  
Choroby współistniejące:.....  
Procedury: .....

(Podpis i pieczęć lekarza)

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

(Podpis pacjenta)

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\*:

(dane kontaktowe)

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

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

(Podpis i pieczęć osoby zbierającej dane)

(Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego)

Legnica, dnia .....

\*niepotrzebne skreślić

strona 1/4

Imię i nazwisko pacjenta:.....

<b>Stan cywilny:</b> <input type="checkbox"/> kawaler, panna <input type="checkbox"/> żonaty, zamężna <input type="checkbox"/> wdowiec, wdowa <input type="checkbox"/> rozwiedziony, separacja <input type="checkbox"/> związek nieformalny <input type="checkbox"/> brak danych	<b>Podstawowe źródło utrzymania:</b> <input type="checkbox"/> praca etatowa <input type="checkbox"/> samodz. dział. gospodarcza <input type="checkbox"/> praca dorywcza <input type="checkbox"/> rodzina <input type="checkbox"/> emeryt (ka) <input type="checkbox"/> rencista (ka), rok przyznania ... <input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych <input type="checkbox"/> pomoc społeczna <input type="checkbox"/> brak danych	<b>Skierowany (a) przez:</b> <input type="checkbox"/> bez skierowania <input type="checkbox"/> pogotowie ratunkowe <input type="checkbox"/> poradnia zdrowia psychicznego <input type="checkbox"/> inna poradnia <input type="checkbox"/> inny lekarz <input type="checkbox"/> oddział dzienny <input type="checkbox"/> hostel <input type="checkbox"/> inna jednostka opieki pośredniej <input type="checkbox"/> szpital (oddział) psychiatryczny/ odwykowy <input type="checkbox"/> szpital inny <input type="checkbox"/> dom pomocy społecznej <input type="checkbox"/> jednostka wojskowa <input type="checkbox"/> sąd lub prokuratura - obserwacje <input type="checkbox"/> zakład karny <input type="checkbox"/> sąd – środek zabezpieczający z art. 99 <input type="checkbox"/> sąd – środek zabezpieczający z art. 100 <input type="checkbox"/> sąd – środek zabezpieczający z art. 102 <input type="checkbox"/> sąd – zobowiązani do leczenia <input type="checkbox"/> sąd – środek zabezpieczający z art. 100 <input type="checkbox"/> inne
<b>Wykształcenie:</b> <input type="checkbox"/> bez wykształcenia <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> brak danych	<b>Z kim mieszka:</b> <input type="checkbox"/> samotnie <input type="checkbox"/> z rodziną <input type="checkbox"/> z innymi osobami w indywidualnym gospodarstwie domowym <input type="checkbox"/> dom akademicki <input type="checkbox"/> dom pomocy społecznej <input type="checkbox"/> bezdomny (a) <input type="checkbox"/> wojsko <input type="checkbox"/> inne (jakie .....) <input type="checkbox"/> brak danych	
<b>Grupa inwalidzka:</b> <input type="checkbox"/> bez inwalidztwa <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> inwalidztwo – grupa nieznana <input type="checkbox"/> brak danych		
<b>Pacjent ubezwłasnowolniony:</b> <input type="checkbox"/> całkowicie <input type="checkbox"/> częściowo <input type="checkbox"/> nie		

.....		.....			
(lekarz kierujący)		(rozpoznanie lekarza kierującego)			
<b>Aktualny adres pacjenta</b> .....					
(mięscowość)	(ulica, nr)	(kod)	(poczta)	(województwo)	(telefon)
Przybył sam (sama), w towarzystwie .....					
(imię)	(nazwisko)	(stop. pokrewieństwa)	(adres)	(telefon)	
Przedstawiciel ustawowy pacjenta .....					
(imię)	(nazwisko)	(stop. pokrewieństwa)	(adres)	(telefon)	
Opiekun faktyczny pacjenta .....					
(imię)	(nazwisko)	(stop. pokrewieństwa)	(adres)	(telefon)	

### Wywiad lekarski przy przyjęciu do szpitala

### Stan psychiczny pacjenta przy przyjęciu

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

Imię i nazwisko pacjenta:.....

### Epikryza

.....  
(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego)