

M-2(01)

KSIĘGA ODMÓW PRZYJĘĆ I PORAD AMBULATORYJNYCH

Lp.	Nazwisko i imię pacjenta	Adres zamieszkania miejscowość nr kodu poczt., ulica, nr domu	Data i godzina zgłoszenia	Lekarz kierujący rozpoznanie	Dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego
1	2	3	4	5	6

Rozpoznanie	Udzielone świadczenia zdrowotne	Data i godzina odmowy przyjęcia do szpitala. Powód odmowy	Adnotacja o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu(podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)	Dokąd został skierowany	Dane identyfikujące i podpis lekarza
7	8	9	10	11	12