

**POTWIERDZENIE
ODBIORU RZECZY CHOREGO
NR / 20.....**

Imię i nazwisko:

Przyjęty do szpitala w dniu:

Oddział:

Przekazuję na przechowanie:

Nazwa odzieży	Ilość /stan jakościowy
Bluzka	
Kamizelka	
Koszula	
Koszulka	
Kurtka	
Marynarka	
Spodnie	
Spódnica	
Sukienka	
Sweter	
Nakrycie głowy (jake)	
Obuwie (jake)	
Rękawiczki	
Szalik	
Bluza	
Pasek	
Sznurowadła	
Rajstopy	

**Zostałem/am poinformowany, że w przypadku
nie odebrania rzeczy z magazynu po upływie 6 m-c
od dnia wypisu ze Szpitala będą one oddane do utylizacji**

.....
podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

.....
czytelne podpisy osób
przyjmujących depozyt w IP

.....
czytelny podpis osoby
udzielającej informacji

Potwierdzam odbiór przekazanych rzeczy:

.....
data podpis pacjenta// opiekuna prawnego

Upoważniam do odbioru rzeczy z magazynu:

.....
imię i nazwisko/ stopień pokrewieństwa/funkcja
osoby upoważnionej przez pacjenta

.....
data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego/pracownika

KSIĘGA GŁÓWNA PRZYJĘĆ I WYPISÓW

Nr księgi głównej	Nazwisko i imię chorego	Data i miejsce urodzenia PESEL	Stan cywilny / płeć	Miejsce zamieszkania miejscowość, nr kodu poczt., ulica, nr domu	Nr ubezpieczenia	Nr kwitu depozytowego	Przyjęto do szpitala			Art. Ustawy o Ochronie Zdr. Psych.	Kod rozpoznania wstępного
							data	godzina	kod oddziału		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

KSIĘGA GŁÓWNA PRZYJĘĆ I WYPISÓW

Rodzaj leczenia (badania diagnostyczne i zabiegi)	Leczenie	Wypisano ze szpitala			Zgon pacjenta			KOD rozpoznania przy wypisie ze szpitala	Lekarz wypisujący (identyfikator)	Informacja o pobraniu opłaty	Informacja kogo informować o pobytku i leczeniu pacjenta
		data godzina	wypis dokąd	Art. Ustawy o ZOZ	data godzina	nr statystyczny	wydano kartę zgonu				
11	12	13	14	15	16	17	18				

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

KSIĘGA ODMÓW PRZYJĘĆ I PORAD AMBULATORYJNYCH

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

KSIĘGA PRZYJĘĆ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH

Nr kolejny wpisu	Data/godzina	Imię i nazwisko	Płeć	Numer PESEL/ lub numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość

KSIĘGA PRZYJĘĆ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH

Adres zamieszkania	Rodzaj udzielonego świadczenia	Ubezpieczenie	Rozpoznanie	Procedury	Dane identyfikujące i podpis osoby udzielającej świadczenia

.....

Nazwa i Kod specjalności komórki organizacyjnej

.....

Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną

KSIĘGA PRZYJĘĆ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH

Nr Księgi/.....

Okres od/.....

Okres do/.....

KSIĘGA CHORYCH ODDZIAŁU

Lp	Nazwisko i imiona chorego	Data urodzenia PESEL	Miejsce zamieszkania chorego	Numer pacjenta w księdze głównej	Przyjęto do szpitala		Rozpoznanie lekarskie 1. przy przyjęciu 2. udzielone na oddziale	Lekarz 1. prowadzący 2. wypisujący	Wypisano ze szpitala			Notatki i uwagi
					data	godzina			data	godzina	adnotacja o miejscu dokąd pacjent został wypisany / przeniesiony / zgon	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
							1.	1.				
							2.	2.				
							1.	1.				
							2.	2.				
							1.	1.				
							2.	2.				
							1.	1.				
							2.	2.				
							1.	1.				
							2.	2.				
							1.	1.				
							2.	2.				

KSIĘGA ZABIEGÓW

Lp.	Data zabiegu	Nazwisko i imię pacjenta PESEL	Lekarz zlecający zabieg	Rodzaj zabiegu Przebieg zabiegu	Oznaczenie osoby uprawnionej do udzielenia świadczenia Podpis

6A(01)
KSIĘGA ZABIEGÓW
BADANIA LABORATORYJNE

Lp.	Data zabiegu	Nazwisko i imię pacjenta PESEL	Lekarz zlecający zabieg	Rodzaj zabiegu Przebieg zabiegu	Oznaczenie osoby uprawnionej do udzielenia świadczenia Podpis

6A(01)
KSIĘGA ZABIEGÓW
BADANIA LABORATORYJNE

KSIĘGA RAPORTÓW LEKARSKICH

.....
Pieczętka oddziału, kod identyfikacyjny

Nr wpisu...../.....

WZÓR RAPORTU LEKARSKIEGO

Raport z dnia

Dane pacjenta (imię, nazwisko, adres zamieszkania).....

.....

Opis zdarzenia.....

Okoliczności zdarzenia.....

Podjęte działania.....

.....

.....

Zdarzenia niepożądane

.....

.....

Zgłoszenia na Policję oddalenia pacjenta

.....

Podpis i pieczętka lekarza.....

KSIĘGA RAPORTÓW PIELEŃNIARSKICH

.....
Pieczętka oddziału, kod identyfikacyjny

Nr wpisu...../.....

WZÓR RAPORTU PIELEŃNIARSKIEGO

Raport z dnia / **godz.**

Nr raportu

Personel dyżurujący

Przyjęto (imię, nazwisko, informacja o zgodzie lub jej braku art. Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego)

Wypisano (imię, nazwisko)

Przekazano do innej placówki (imię, nazwisko, dokaąd)

Zgon (imię, nazwisko, godzina/minuty)

Zabezpieczenia mechaniczne (imię, nazwisko, ilość godzin zabezpieczenia)

Pacjenci w salach buforowych (imię, nazwisko)

Pacjenci gorączkujący (imię, nazwisko, wartość temp.)

Pacjenci z obniżoną saturacją

Pacjenci monitorowani wg skali MEWS

Pacjenci leczeni gazem medycznym (imię, nazwisko)

Pacjenci objęci nadzorem pielęgniarstkiem (imię, nazwisko)

Pacjenci z występującym ryzykiem upadków

Pacjenci objęci monitoringiem bólu

Zgłoszenia na Policję oddaleń pacjentów

Inne zdarzenia niepożądane

Dodatkowe informacje - w zależności od specyfiki oddziału.

Zdano stan chorych (oddział, przepustki)

Dane identyfikujące pielęgniarkę dokonującą wpisu oraz jej podpis

KOPERTA NA AMBULATORYJNĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ

M-28B(01)

Nazwisko i imię	Nr historii choroby
PESEL	Data urodzenia
Adres zamieszkania	Telefon
Rozpoznanie	Ubezpieczenie

