

1 str.

Poz 98

# HISTORIA CHOROBY

## Ogólna

L. ks. gt./ks. oddz. ....

Oddział .....

**Dane identyfikujące zakład**  
  
(nazwa zakładu i jego siedziba, adres, telefon, kod identyfikacyjny zakładu stanowiący I część systemu kodu resortowego)

**Dane identyfikujące jednostkę organizacyjną zakładu:**  
1. Nazwa jednostki .....  
2. Adres .....  
3. Telefon .....  
4. Kod identyfikacyjny  (stanowiący V część systemu kodu resortowego)

### A. PRZYJĘCIE PACJENTA DO SZPITALA

#### PACJENT

Nazwisko i imię/imiona ..... Płeć: **M/K\***

Data urodzenia ..... PESEL  (w przypadku noworodka - PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)\*\*

Adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu\* ..... , telefon .....

Stan cywilny ..... Zawód .....

Ubezpieczony:  czynny  bierny Nie ubezpieczony:  płaci  leczony bezpłatnie

**Dane identyfikujące lekarza kierującego, pielęgniarkę lub położną**

Nazwisko i imię ..... Nr prawa wykonywania zawodu

Tytuł zawodowy i uzyskane specjalizacje .....

Data dokonania wpisu ..... Podpis lekarza .....

Tryb przyjęcia:  planowy  nagły  ze skierowaniem  bez skierowania

**Osoba upoważniona przez pacjenta do kontaktu, oraz udzielania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

Nazwisko i imię .....

Adres ..... , telefon .....

Upoważniam/nie upoważniam\* Pana(ia) ..... do odbioru mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.  
  
(podpis pacjenta lub osoby upoważnionej)

**Wyrażam zgodę na przyjęcie mnie do szpitala**

Data .....  
(podpis pacjenta)

**Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawach, jakie mi przysługują**

.....  
(podpis pacjenta)

**Rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego na badania lub na leczenie:**

.....

Data przyjęcia pacjenta    (rok)   (miesiąc)   (dzień) godzina   : minuta   w systemie 24. godzinnym

#### Wywiad lekarski

Początek choroby, jej przebieg, uwagi co do obecnego stanu zdrowia, wywiad co do przeszłości chorego, przebytych chorób, trybu życia, odżywiania, obciążeń dziedzicznych.

.....

\* Niepotrzebne skreślić.  
\*\* Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

2 sfn Poz 98

Badanie przedmiotowe				
Wzrost	Ciężar ciała	Ciepłota	Tętno	Cięnienie krwi

Wygląd ogólny, stan odżywienia, skóra, tkanka podskórna, mięśnie, układ kostno-stawowy, węzły chłonne, głowa, jama ustna, szyja, klatka piersiowa, układ krążenia, układ trawienny, układ moczowo-płciowy, kończyny, układ nerwowy i stan psychiczny

**Rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego**

**Dane identyfikujące lekarza przyjmującego**

Nazwisko i imię ..... Nr prawa wykonywania zawodu

Tytuł zawodowy i uzyskane specjalizacje .....

Data dokonania wpisu ..... Podpis lekarza .....

**B. PRZEBIEG HOSPITALIZACJI**

Dane uzyskane z wywiadu i badania przedmiotowego

Data	Wyniki obserwacji stanu zdrowia	Zalecenia lekarskie	Wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie mi innego świadczenia zdrowotnego oraz udział w badaniach naukowo-dydaktycznych.

.....  
(podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo sądu opiekuńczego)



Rozpoznanie kliniczne choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań

Numer statystyczny choroby  
zasadniczej wg ICD

Numer chorób współistniejących

Zastosowane leczenie, wykonane badania, zabiegi diagnostyczne oraz zabiegi operacyjne, z podaniem numeru statystycznego procedury wg ICD

**C. WYPIS PACJENTA ZE SZPITALA**

Epikryza dnia .....

Okoliczności i przyczyny wypisu

Data wypisu

--	--	--	--

(rok)

--	--

(miesiąc)

--	--

(dzień)

.....  
(podpis lekarza).....  
(podpis ordynatora oddziału)

Data zgonu

--	--	--	--

(rok)

--	--

(miesiąc)

--	--

(dzień)

godzina

--	--

:

minuta

--	--

w systemie 24. godzinnym

Przyczyna zgonu:

Numer statystyczny wg ICD

Protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka sytuacja miała miejsce

Adnotacja o wykonaniu/niewykonaniu\* sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji

Adnotacja o pobieraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów

Data .....

.....  
(podpis lekarza).....  
(podpis ordynatora)