

Pečiatka zariadenia :

Záznam o hospitalizácii Z (MZ SR) 1-12

Zdrav. poisťovňa :

Údaje prijímajúcej kancelárie	3 Priezvisko : _____ Rodné priezvisko : _____ Meno : _____ Rod. stav : _____ Štátna príslušnosť : _____	1 Útvar : <input type="text"/>
	5 Číslo : _____ OP vydal : _____	2 Por. č. chorobopisu : <input type="text"/>
	6 Trvalé bydlisko : _____ PSC : _____ Okres : _____	4 Rodné číslo : <input type="text"/>
	7 Zamestnávateľ : _____ (u detí rodičov) Zamestnanie : _____ Číslo potvr. PN : _____ Vydal : _____	Kód trval. bydliska : <input type="text"/>
	8 Meno, adresa, telefón najbližších príbuzných :	Kód zamestnania pac. : <input type="text"/>

Údaje prijímajúceho lekára	9 Prijatie odporučil : _____ dňa : <input type="text"/>	s diagnózou : <input type="text"/> 1 obvodný lekár <input type="checkbox"/> 2 iný ošetrojúci lekár <input type="checkbox"/> 3 lekár <input type="checkbox"/> 4 lekár RZP <input type="checkbox"/> 5 prevzatý z iného zariadenia <input type="checkbox"/> 6 prevzatý z iného útvaru toho istého zariadenia <input type="checkbox"/> 7 bez odporúčania lekára <input type="checkbox"/>
	10 Pacienta prijal : _____ hod. : <input type="text"/> : <input type="text"/>	Dátum prijatia : <input type="text"/> s diagnózou : <input type="text"/> 1 neodkladné prijatie <input type="checkbox"/> 2 prijatie na objednávku (plánované) <input type="checkbox"/> 3 iný spôsob prijatia <input type="checkbox"/> V tomto roku hospitalizovaný v ktorejkoľvek nemocnici : 1 po prvýkrát <input type="checkbox"/> 2 opakovane <input type="checkbox"/>

Údaje ošetrojúceho lekára útvaru (odd.), kde bol pacient hospitalizovaný	11 Základné ochorenie, pre ktoré bol pacient hospitalizovaný na tomto útvare :	štatistická značka chorôb : <input type="text"/> 1 pre túto dq po prvýkrát <input type="checkbox"/> 2 pre túto dq opakovane <input type="checkbox"/>
	12 Hlavná choroba (porucha zdravia), ktorá najviac ohrozuje zdravie alebo život chorého :	štatistická značka chorôb : <input type="text"/>
	13 Ďalšie choroby, event. dôležité údaje :	druh vykonanej liečby : 1 medikamentózna <input type="checkbox"/> 2 operačná <input type="checkbox"/> 3 resuscitácia <input type="checkbox"/> 4 rádioterapia <input type="checkbox"/> 5 transfúzia <input type="checkbox"/> 6 infúzia <input type="checkbox"/> 7 rehabilitácia <input type="checkbox"/> 8 iná <input type="checkbox"/> 9 žiadna, len vyšetrenie <input type="checkbox"/>
	14 Základná príčina smrti :	štatistická značka príčiny smrti : <input type="text"/>
	15 Hospitalizácia na útvare (odd.) ukončená _____ hod. : <input type="text"/> : <input type="text"/> Pacient preložený (kam) : _____ Pacient odovzdaný do ďalšej starostlivosti (komu) : _____	Dátum ukončenia hospitalizácie : <input type="text"/> 1 prepustený domov <input type="checkbox"/> 2 prepustený do zariadenia soc. starostlivosti <input type="checkbox"/> 3 preložený do iného útvaru toho istého zariadenia <input type="checkbox"/> 4 preložený do iného zariadenia <input type="checkbox"/> 5 predčasné ukončenie hospitalizácie <input type="checkbox"/> 6 zomrel - pitvaný <input type="checkbox"/> 7 zomrel - nepitvaný <input type="checkbox"/>
	16 Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára :	