

KSIEGA GLÓWNA SZPITALA

Nr kolejny pacjenta	Komórka organizacyjna, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kod resortowy	Data przyjęcia pacjenta rok – miesiąc – dzień godz. : min (w systemie 24-godzinny)	Imię i nazwisko	PESEL – jeżeli został nadany w przypadku noworodka – nr PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta	Kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał	Rozpoznanie wstępne	Rozpoznanie przy wypisie
1	2	3	4	5	6	7	8
		<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div>					

Określenie rodzaju leczenia w tym istotne badania diagnostyczne wszystkie zabiegi i operacje	Wypisać pacjenta Data (rok – miesiąc – dzień) Adnotacje o miejscu, do którego pacjent został wysłany	Zgon pacjenta Data (rok – miesiąc – dzień) Przyczyny zgonu z podaniem numerów statystycznych	Informacje o ewentualnym pobraniu opłat	Lekarz wypisujący nazwisko, imię, tytuł zawodowy, uzyskana specjalizacja, numer prawa wykonywania zawodu	Adnotacje o zleceniu transportu sanitarnego jeżeli zostało wydane	Adnotacje o okolicznościach przewiezienia pacjenta do miejsca zamieszkania lub pobytu, na jego koszt	Nr karty depozytowej
9	10	11	12	131	14	15	16
	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>					
	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>					
	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>					
	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>					
	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>					