

4-048A

L.p.	Data zgłoszenia się pacjenta (dzień, miesiąc, rok/ godz. i min.)	Nazwisko, imię, PESEL pacjenta	Wyniki wykonywanych badań diagnostycznych	Ustalone rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego (ICD 10)	Udzielone świadczenia zdrowotne
1	2	3	4	5	6

ICD 9	Skierowano na oddział (nazwa oddziału)	Adnotacja o braku zgody na pobyt w szpitalu potwierdzona jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego	Data odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala (dzień, miesiąc, rok, godz. i min.)	Powód odmowy przyjęcia	Dokąd pacjent został skierowany	Nazwisko, imię i podpis lekarza
7	8	9	10	11	12	13