

# Historia choroby

## Ogólna

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

Oddział .....

pieczęć szpitala

Nazwisko i imię /Nazwisko rodowe .....

K M

Miejsce i data urodzenia .....

PESEL

Miejsce zamieszkania (Kod miasto/wieś/pocztą) .....

(ulica/numer domu) .....

Stan cywilny .....

Miejsce pracy

(tel.) .....

O/NFZ

Nr dowodu ubezpieczenia

NIP

Lekarz rodzinny/identyfikator

Adres rodziny chorego lub osoby opiekującej się uprawnionej do otrzymania informacji o stanie zdrowia pacjenta

(dane osoby/pełny adres/telefon)

Skierowany przez: 1. pomoc doraźną, 2. lekarza rodzinnego, 3. lekarza specjalistę, 4. innego lekarza p.o.z., 5. bez skierowania

Tryb przyjęcia: 1. Planowy 2. Nagły

Rozpoznanie lekarskie lekarza kierującego: .....

Lekarz kierujący: .....

Przyjęty dnia ..... 20..... r. o godz./min. .... Nr depozytu .....

Podpis pielęgniarki

Rozpoznanie wstępne (kod ICD 10) uwagi

### Oświadczenie pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Zgadzam się na hospitalizację i proponowane leczenie .....

czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Uzyskałem informacje na temat praw pacjenta .....

czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

podpis i pieczęć lekarza przyjmującego

Rozpoznanie kliniczne ostateczne, powikłania i choroby współistniejące (z kodem ICD 10), numer procedury medycznej

Wypisany dnia ..... 20..... r. godz./min. ....

Nieleczony Leczony: z poprawą, bez poprawy,

z pogorszeniem, wyleczony. Leczył się dni .....

Przeniesiony do .....

Na żądanie pacjenta .....

podpis pacjenta/opiekuna ustawowego

Zmarł dnia ..... 20..... r godz. .... min. ....

przed upływem 24 godz.

po upływie 24 godzin od chwili przyjęcia do szpitala

Przyczyna zgonu z kodem ICD 10 .....

Sekcję zwłok wykonano

tak ☐nie ☐

## Wywiad

Początek choroby, jej przebieg i skargi obecne w zakresie narządów: oddechowego i krążenia, trawienia, moczopłciowego, ruchu, skóry i tkanki podskórnej, układu nerwowego i zmysłów. Wywiady co do przeszłości chorego, przebytych chorób, trybu życia i obciążenia dziedzicznego.

## Badania przedmiotowe

Wzrost	Ciężar ciała	Ciepłota	Tętno	Ciśnienie krwi

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

Data	Przebieg choroby	Leczenie

**EPIKRYZA** dnia ..... 20..... r.

Zastosowano leczenie:

Zalecenia lekarskie: .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Pacjent udaje się do .....

Zwolnienie lekarskie od ..... do .....

Wydano dokumentację: (rodzaj) .....

Przyczyna zgonu: .....  
.....

Rozpoznanie na podstawie badania pośmiertnego. / Pobrano ze zwłok komórek, tkanek, narządów .....

.....  
.....

Lekarz prowadzący .....

Ordynator .....