

ИЗВЕШТАЈ О ХОСПИТАЛИЗАЦИЈИ

1	НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ			
2	ОДЕЉЕЊЕ НА ПРИЈЕМУ			
3	БРОЈ ИСТОРИЈЕ БОЛЕСТИ		4	ДАТУМ ПРИЈЕМА
5	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА			
6	ЈМБГ		7	ДАТУМ РОЂЕЊА
8	ДРЖАВЉАНСТВО		9	ПОЛ 1 – М 2 – Ж
10	АДРЕСА И ОПШТИНА ПРЕБИВАЛИШТА			
11	ОСИГУРАЊЕ 1 – ДА 2 – НЕ	12	ЛБО	
13	УПУТНА ДИЈАГНОЗА			
14	ПОВРЕДА 1 – ДА 2 – НЕ	15	СПОЉНИ УЗРОК ПОВРЕДЕ ПО МКБ	
16	ОСНОВНИ УЗРОК ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ			
17	ПРАТЕЋЕ ДИЈАГНОЗЕ ПО МКБ			
18	ШИФРА ПРОЦЕДУРЕ ПО НОМЕНКЛАТУРИ			
19	ТЕЖИНА НА ПРИЈЕМУ (ЗА НОВОРОЂЕНЧЕ) _____ (у грамама)	20	БРОЈ САТИ ВЕНТИЛАТОРНЕ ПОДРШКЕ _____	
21	ДАТУМ ОТПУСТА _____	22	БРОЈ ДАНА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ _____	
23	ОДЕЉЕЊЕ СА КОГА ЈЕ ИЗВРШЕН ОТПУСТ			
24	ВРСТА ОТПУСТА 1 – ОТПУСТ КУЋИ/ДРУГО МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА 2 – ОТПУСТ/ПРЕМешТАЈ У ДРУГУ ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ ЗА КРАТКОТРАЈНУ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈУ 3 – ОТПУСТ/ПРЕМешТАЈ У ДРУГУ ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ 4 – СТАТИСТИЧКИ ОТПУСТ 5 – ОТПУШТЕН НА СОПСТВЕНИ ЗАХТЕВ 6 – УМРО ОБДУКОВАН 1 – ДА 2 – НЕ			
25	ОСНОВНИ УЗРОК СМРТИ			

НАПОМЕНА: ПОДАЦИ СА ОВОГ ОБРАСЦА КОРИСТЕ СЕ И ЗА ПОТРЕБЕ ЕЛЕКТРОНСКЕ ФАКТУРЕ

ПОТПИС И ФАКСИМИЛ ЛЕКАРА СПЕЦИЈАЛИСТЕ КОЈИ ЈЕ ЗАКЉУЧИО ЕПИЗОДУ БОЛНИЧКОГ ЛЕЧЕЊА