

## HISTORIA CHOROBY / oddział psychiatryczny

pieczętka szpitala

Nr książki głównej ..... Nr książki oddziałowej ..... Oddział .....

Nazwisko i imię ..... Płeć.....

PESEL..... Data urodzenia .....

Grupa krwi ..... Ubezpieczenie .....

Miejsce zamieszkania .....

Data, godzina, minuty przyjęcia.....

Tryb przyjęcia:      nagły ze skierowaniem      nagły bez skierowania      pilny      planowy

Po raz który w życiu przyjęty (a) do oddziału psychiatrycznego / odwykowego.....

Leczony poprzednio w oddziale psychiatrycznym / odwykowym .....

Przyjęty (a) 1-szy raz do szpitala (oddziału) psychiatrycznego / odwykowego w roku.....

Czas od ostatniego wypisania z oddziału psychiatrycznego / odwykowego .....

### Rozpoznanie

Rozpoznanie wstępne .....

Choroby współistniejące.....

Wyrażam zgodę na przyjęcie do oddziału psychiatrycznego / odwykowego      Data .....

Podpis pacjenta

Podpis przedstawiciela ustawowego

Podpis i pieczętka lekarza przyjmującego

Pacjent ubezwłasnowolniony: Całkowicie / Częściowo / Nie .....

Oświadczam, że **upoważniam/nie upoważniam** do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia (właściwe zaznaczyć)

.....  
imię i nazwisko, adres, numer telefonu

.....  
data i podpis pacjenta

Oświadczam, że **upoważniam/nie upoważniam** do uzyskiwania dokumentacji mnie dotyczącej

.....  
imię i nazwisko, adres, numer telefonu

.....  
data i podpis pacjenta

Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się w Oddziale z Prawami i Obowiązkami Pacjenta (ustawa z dnia 6 listopada 2006 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

.....  
data i podpis pacjenta

Zostałem poinformowany, że za biżuterię, pieniądze i rzeczy wartościowe nie przekazane do depozytu szpital nie odpowiada

.....  
data i podpis pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta .....

**Stan cywilny**

- ☐ kawaler, panna  
☐ żonaty, zamężna  
☐ wdowiec, wdowa  
☐ rozwiedziony, separ  
☐ związek nieformalny  
☐ brak danych

**Wykształcenie**

- ☐ bez wykształcenia  
☐ podstawowe  
☐ gimnazjalne  
☐ zawodowe  
☐ średnie  
☐ licencjackie  
☐ wyższe  
☐ brak danych

Stopień niepełnosprawności

**Podstawowe źródło utrzymania**

- ☐ praca etatowa  
☐ samodz. dział. gospodarcza  
☐ praca dorywcza  
☐ rodzina  
☐ emeryt(ka)  
☐ rencista(ka)  
☐ zasiłek dla bezrobotnych  
☐ pomoc społeczna  
☐ brak danych

**Z kim mieszka**

- ☐ samotnie  
☐ z rodziną  
☐ z innymi osobami w ind. gosp.  
☐ bezdomny  
☐ wojsko  
☐ inne (jakie.....)  
☐ brak danych

**Skierowany przez**

- ☐ bez skierowania  
☐ pogotowie ratunkowe  
☐ poradnia zdrowia psychicznego  
☐ poradnia odwykowa  
☐ inna poradnia  
☐ inny lekarz  
☐ oddział dzienny  
☐ hostel  
☐ inna jednostka opieki pośredniej  
☐ szpital (oddział) psych. odwyk.  
☐ szpital inny  
☐ dom pomocy społecznej  
☐ jednostka wojskowa  
☐ sąd lub prokuratura-obser.  
☐ zakład karny  
☐ sąd-zobow. do leczenia  
☐ inne

**Plan Opieki**

Wyrażam zgodę na proponowane leczenie .....

Data i podpis pacjenta

Data, podpis i pieczęć lekarza przyjmującego

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego wyznaczonego przez ordynatora.....

Leczenie bólu i monitorowanie, w przypadkach wymagających leczenia bólu

### Wypis pacjenta ze szpitala

Data wypisu .....

## Choroba zasadnicza

ICD 10 .....

### Choroby współistniejące

ICD 10 .....

### Procedure ICD 9

Lek/metoda	Maks. dawka	Okres	Efekt	Objawy niepożądane

Imię i nazwisko pacjenta .....

**B. Inne leki****Psychoterapia, socjoterapia, rehabilitacja:****Zalecenia:****Inne ważne informacje:****Adnotacja o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala (właściwe zakreślić)**

1. stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu.	1.	wyleczony
2. na żądanie osoby przebywającej w szpitalu lub jej opiekuna	2.	z poprawą
dot. pkt. 2. podpis pacjenta lub opiekuna .....	3.	bez poprawy
3. odebrałem/am kartę informacyjną i zapoznałem się z zaleceniami	4.	z pogorszeniem
dot. pkt. 3. podpis pacjenta lub opiekuna .....	5.	zmarł

Chory udaje się do .....

Adnotacja o zleceniu transportu sanitarnego (jaki) .....

**Wypis pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu**

Data zgonu, godzina, minuty .....

Przyczyna zgonu .....

Wyściowa albo zewnętrzna urazu lub zatrucia .....

Przyczyna wtórna .....

Przyczyna bezpośrednia .....

Adnotacja o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok (uzasadnienie)

.....

Adnotacja o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów .....

.....

.....  
Data, pieczętka i podpis lekarza wypisującego.....  
Data, pieczętka i podpis lekarza kierującego oddziałem