

Nr hist. choroby.....

HISTORIA CHOROBY

TLENOTERAPIA W WARUNKACH DOMOWYCH

1. Lekarz prowadzący:.....

2. Imię i nazwisko pacjenta.....

3. PESEL.....

4. Miejsce i data urodzenia

5. Nazwisko i imię oraz adres, nr telefonu osoby opiekującej się chorym

6. Przyjęty (a) dnia	Przeniesiony (a) dnia
a)	a)
b)	b)
c)	c)

7. Początek choroby.....

8. Rozpoznanie wg ICD-10.....

9. Zgadzam się na proponowane leczenie i opiekę przez VitalAire Sp z o.o.

data.....

podpis.....

Epikryza:

Przyczyna zgonu: a) wyjściowa:.....

b) bezpośrednia:.....

Zmarł(a) dnia..... o godz..... przed upływem 24 godz.(....), po upływie 24 godz. od przyjęcia (.....)

Lekarz prowadzący:.....