

Aug
Księga
odmów

A

| Lp. | Data i Godz. przyjęcia | Imię i Nazwisko adres, pesel lub nr dowodu pacjenta | Dane lekarza kierującego | Rozpoznanie ze skierowania | Wywiad lekarski, udzielanie świadczeń zdrowotnych, zlecenia farmakologiczne z dawkowaniem recepty wydane pacjentowi |
|-----|------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |

2

| Data i godz. odmowy przyjęcia | Powód odmowy przyjęcia do szpitala | Adnotację o braku zgody pacjenta na przyjęcie do szpitala potwierdzone podpisem pacjenta | Adnotacja o miejscu skierowania pacjenta | Pieczęćka i podpis lekarza |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|---|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Wyrażenie
przebiegu
choroby