

Adresat: MINISTERSTWO ZDROWIA: Regionalny Rejestr Nowotworów  
Przekazać w terminach przewidzianych w programie badań statystycznych statystyki publicznej

1. Typ karty  pierwsza  kontrolna 2. Numer

**MZ/N-1a KARTA ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO**

Nazwa i adres jednostki - pieczęć z numerem REGON

3. REGON (cz. I resort. kodu identyf.)

4. PESEL

5. Data urodzenia rok miesiąc dzień

6. Płeć  mężczyzna  kobieta

7. Nazwisko

8. Imię 9. Poprzednie nazwisko

ADRES 10. Miejscowość 11. Kod TERYT

12. Ulica, nr domu, nr mieszkania

13. Gmina 14. Powiat 15. Województwo

16. Zajęcie  uczeń  prac. umysłowy  prac. fizyczny  rolnik  emeryt/rencista  inny

17. Wykształcenie  niep. podstaw.  podstawowe  zas. zawodowe  średnie  niep. wyższe  wyższe

18. DATA ROZPOZNANIA rok miesiąc dzień

DATA PRZYJĘCIA 19. Do ambulatorium rok miesiąc dzień

20. Do szpitala rok miesiąc dzień

21. DATA WYPISU rok miesiąc dzień

22. DATA ZGONU rok miesiąc dzień

23. Miejsce zgonu  szpital  dom  inne

24. Przyczyna zgonu  nowotwór  inna

AS

**BADANIE OKRESOWE (roczne)**

Nazwisko i imię: Data

Data urodzenia:

**WYWIAD**

Przebyte choroby, doznane obrażenia i uszkodzenia:

Leki

Aktualne dolegliwości

Obciążenia treningowe

Zmęczenie, przemęczenie, przetrenowanie

**UKŁAD NARZĄDU RUCHU: (norma, zakres ruchu, siła)**

Antropometria: wzrost masa ciała tk. tłuszczowa woda  
 Obwody (porównawczo): ramię udo inne  
 plecy okrągłe wklęsłe  
 Klatka piersiowa pierściony łędwiowo-brzozywy  
 kręgosłup (os) odc. szyjny  
 st. barkowy L P  
 st. łokciowy L P  
 nadgarstek L P  
 ręka L P  
 st. biodrowy L P  
 st. kolanowy L P  
 st. skokowy L P  
 stopa L P

**BADANIE FIZYKALNE**

Układ krążenia  
 Układ oddychania  
 Inne  
 Mortologia OB mocz cukier inne  
 Próba wysiłkowa EKG RTG EEG spirometria  
 Konsultacje: laryngolog neurolog okulista stomatolog inne  
**ORZECZENIE:**

2-18



3A

3-1-28

A5

					Data
					Kod zabiegu
					Podpis wykonując.
					Data
					Kod zabiegu
					Podpis wykonując.

3A

3-1-4-1

A5

### Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej  
 Nazwa poradni: 50505  
 Nazwa placówki: ...

Imię i nazwisko Pacjenta .....

Data urodzenia Pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

Nr telefonu .....

Nazwa Poradni .....

Okres leczenia .....

Ilość kopii .....

Data złożenia wniosku .....

.....  
podpis pacjenta

Podpis wykonując.					
Kod zabiegu					
Data					
Podpis wykonując.					
Kod zabiegu					
Data					

Wypełnić Pracownik SPZOZ Kościan

Wniosek do Kasy Szpitalnej o wystawienie faktury za wykonanie odpisu i kserokopii dokumentacji medycznej

Proszę o obciążenie Pana/i ..... za wykonanie kserokopii dokumentacji medycznej w ilości ..... stron

Kościan, dnia .....

1. Oddział  
2. Liczba łóżek rzeczywistych

M	K	D	Razem

## Zestawienie dzienne oddziału

### Ruch chorych i łóżka

Wyszczególnienie		M	K	D	Razem	No-wo-rodki	U w a g i
3	Pozostało z dnia poprzedniego						
4	Przyjęto do szpitala						
5	Przyjęto z innego oddziału						
6	Razem leczono						
7	Przeniesiono na inny oddział						
8	Wypisano ze szpitala						
9	Zmarło						
10	Razem ubyło						
11	Pozostało na dzień bieżący						
12	Lóżka liczba łóżek rzeczywistych nieobłożonych						
13		liczba łóżek rzeczywistych nieczynnych z pow. remontu					

Data .....Pielęgniarka oddziału  
podpis

Nazwisko i imię ..... Nr rejestru ..... Nr kolejny wkl: .....

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie, uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

5-2  
Ruch chorych wg nazwisk

A5

Lp.	Godzina	Nazwisko i imię	Przyjęto do szpitala	Przyjęto z inn. oddz.	Wypisano ze szpitala	Przeniesiono na inny oddz.	Zmarło	Lp.	Godzina	Nazwisko i imię	Przyjęto do szpitala	Przyjęto z inn. oddz.	Wypisano ze szpitala	Przeniesiono na inny oddz.	Zmarło
1								16							
2								17							
3								18							
4								19							
5								20							
6								21							
7								22							
8								23							
9								24							
10								25							
11								26							
12								27							
13								28							
14								29							
15								30							

Uwagi:

A2

6-2

A5

Nazwisko i imię ..... Nr rejestru ..... Nr kolejny wkt. ....

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie, uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do