„

НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ/ЛЕЧЕНИЕ ПО АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

ПАЦИЕНТ
РЗОК №   здравен район   ЕГН (ЛНЧ) на пациента   Пол м/ж
Идентификационен номер
☐ ЕГН   ☐ ЛНЧ   дата на раждане
☐ ССН   ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)   код на държава
....
име, презиме и фамилия по лична карта
Адрес: гр.(с) .... ул. .... № ....
ж.к. .... бл. .... вх. .... тел. ....

НАСОЧЕН ОТ:
регистрационен номер на лечебното заведение
☐ договор с НЗОК   РЗОК №   здравен район   НЗОК номер
☐ 1- ОПЛ, 2- специалист, 3- болница, 4 – спешна помощ; 05 ЦПЗ; 06 КОЦ; 07 лекар по дентална медицина
УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина
УИН на заместващия (наетия) лекар/ЛПК на дентален лекар
....
име на лечебното заведение
Код специалност
....
име и фамилия на лекаря

ИЗПРАЩА СЕ ЗА ПРИЕМ: ☐ спешен   ☐ планов   по КП №.   По АПр №.
Насочваща диагноза: .... МКБ 10
.... МКБ 10
дата на изпращане: ден месец година   № .   изпращащ лекар: ....
подпис и печат на лечебното заведение

☐ Отказ от лечение .... лекар: ....
подпис и печат на лечебното заведение
ПРИЕМАЩО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ: ☐ спешен   ☐ планов   по КП №.   По АПр №.
....
име на лечебното заведение
☐ договор с НЗОК   РЗОК №   здравен район   регистрационен номер на лечебното заведение
приемащ лекар: ....
име и фамилия на лекаря
УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина
Приемна диагноза: .... МКБ 10
.... МКБ 10
първи преглед: ден месец година   планов прием: ден месец година   №. .... листа за планов прием   приемащ лекар: .... подпис

ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТ   степен на тежест на състоянието ☐   ☐ до 6 часа   ☐ от 6 до 24 часа   ☐ след 24 часа
постъпване от началото на заболяването за спешните случаи
приет: ден месец година час минути   ИЗ: номер година
Запознат съм с източника на финансиране и предстоящите процедури:
бюджет ☐   НЗОК ☐   ДЗОФ ☐   пациент ☐
Подпис: ....

ПРЕМИНАЛ ПРЕЗ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ   дата на изписване / превеждане   час на изписване   по КП №.   По АПр №.
деца под 1 г. при приемане в болницата   възраст (дни)   тегло при прием (грама)   за новородено: тегло при раждане (грама)   ИЗ на майката: за новородено номер година   г.с.
Актова книга №.   ИАМН/РЗИ №. на ЛЗ на раждане:
ОСНОВНА ДИАГНОЗА: .... МКБ 10
.... МКБ 10
Придружаващи заболявания и усложнения: .... МКБ 10
.... МКБ 10
.... МКБ 10

ДИАГНОСТИЧНА / ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА: **Австралийска класификация**
.... МКБ   .... АКМП
.... МКБ   .... АКМП
.... МКБ   .... АКМП
.... МКБ   .... АКМП
Хист. резултат: .... МКБ   .... АКМП
☐ отказ от лечение от ЗОЛ   обосновка на отказа : .... подпис: ....
Статус: ☐
1. изписан
2. преведен в болница ИАМН/РЗИ   диагноза за превеждане: МКБ 10
3. починал   причина за смъртта: МКБ 10   ☐ освободен от аутопсия
Пролежани леглодни: болн. лист №.   бр. дни   със-е при изписването ☐ 1 здрав; 2 с подобрение; 3 без изменение; 4 с влошаване

Ръководител на лечебното заведение: ....
подпис и печат на лечебното заведение
Началник на отделение: ....
фамилия, подпис
Лекуващ лекар: ....
фамилия, подпис
УИН на лекуващия лекар

Бл. МЗ-НЗОК №.7

“