

SKIEROWANIE NA SEKCJĘ ZWŁOK

Oznaczenie jednostki zlecającej:



SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE
00000007323
Centrum Lecznictwa Szpitalnego w Ciechanowie
Zakład Patomorfologii- 07
Kod VII- 192, kod VIII- 7300
06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2
tel. 23 673 03 30
NIP 566-10-19-200, REGON 000311622

FORMULARZ WYPEŁNIAĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI. WŁAŚCIWE POLE ZAZNACZYĆ X.

DANE PACJENTA (wypełnia lekarz zlecający)

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO PACJENTA:

PŁEĆ: KOBIEȚA
 MĘŻCZYŻNA

PESEL lub data urodzenia - -

Dokument stwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL):

DANE ADRESOWE PACJENTA (wypełnia lekarz zlecający)

KRAJ

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NUMER MIESZKANIA

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (Wypełnia lekarz zlecający, w przypadku, gdy pacjent jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody)

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

PŁEĆ: KOBIEȚA
 MĘŻCZYŻNA

PESEL lub data urodzenia - -

Dokument stwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL):

KRAJ

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NUMER MIESZKANIA

DANE DOTYCZĄCE POBYTU CHOREGO W SZPITALU (Wypełnia lekarz zlecający)

DATA I GODZINA PRZYJĘCIA CHOREGO DO SZPITALA:

- - :

dzień miesiąc rok godziny minuty

DATA I GODZINA ZGONU:

- - :

dzień miesiąc rok godziny minuty

ISTOTNE DANE KLINICZNE, WYNIKI DODATKOWYCH BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH, DZIAŁANIE CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH AKTUALNIE STOSOWANE LECZENIE:

wg ICD 10 (5 znaków)

DATA SKIEROWANIA ZWŁOK NA SEKCJĘ:

- - :

dzień miesiąc rok godziny minuty

OZNACZENIE LEKARZA PROWADZĄCEGO I KIERUJĄCEGO NA BADANIE:

WYPEŁNIA PROSEKTORIUM:

DATA I GODZINA OTRZYMANIA MATERIAŁU DO BADAŃ:

- - :

dzień miesiąc rok godziny minuty

PRZYJĄŁ: