



Východoslovenský ústav srdcových
a cievnych chorôb, a.s.

P. O. Box 35, Ondavská 8, 040 11 Košice



Výška:
Hmotnosť:

Klinika kardiológie – Angiologické oddelenie

CHOROBOPIS

LEKÁRSKA A OŠETROVATEĽSKÁ DOKUMENTÁCIA

Meno a priezvisko:

Číslo chorobopisu:

Rodné číslo:

ZP:

Bydlisko:

Zamestnanie:

Kontakt na príbuznú osobu:

Informácie od príbuzných:

Príjem pacienta - dátum a čas:

Spôsob prijatia: akútny plánovaný preklad z

Diagnóza pri prijíme : KS: alergია:

Prepustenie pacienta - dátum a čas:

Spôsob prepustenia: domov exitus preklad do

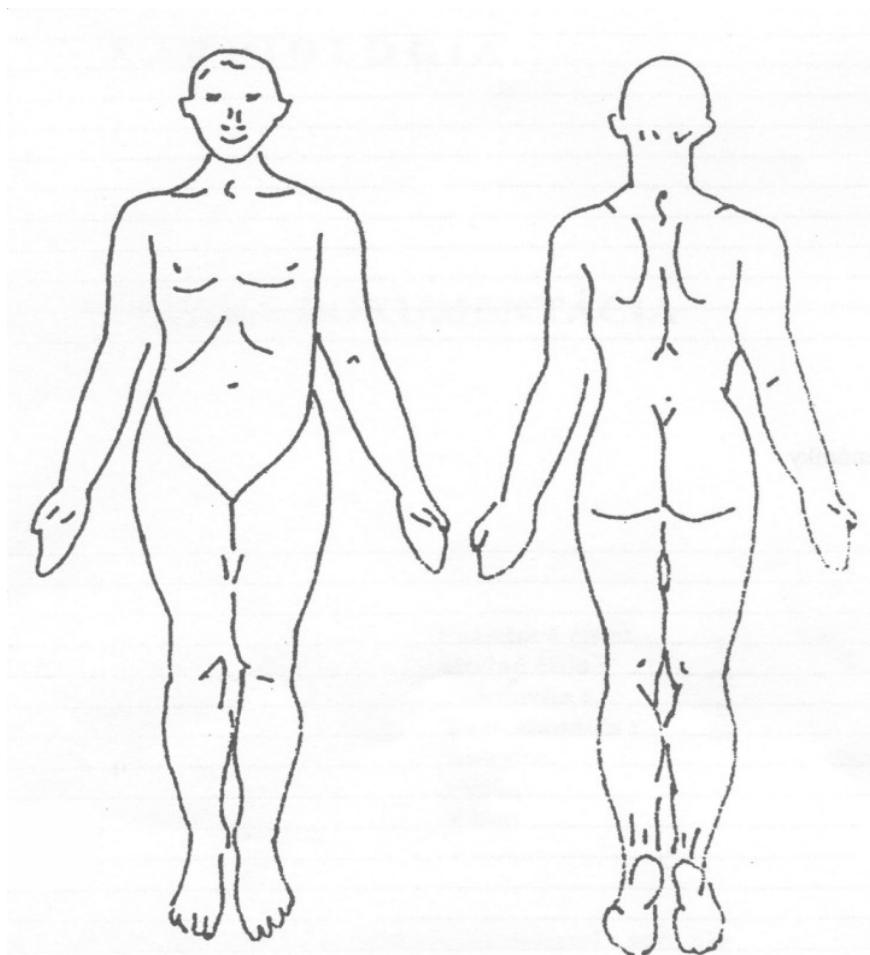
Opakovaná hospitalizácia vo VÚSCH, a.s.

áno - nie

- Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny
- Klinika cievnej chirurgie
- Klinika srdcovej chirurgie
- Klinika kardiológie – Angiologické odd.
- Klinika kardiológie – Arytmologické odd.
- Klinika kardiológie – Kardiologické odd.

FYZIOLOGICKÝ ASESMENT

D = dekubit: 1 začervenanie
2 pľuzgier
3 poškod. tkanivo
4 hlboké pošk. tkanivo
5 nekróza



H = hematóm
E = epidurálny vstup
 / = amputácia

Z = začervenanie
V = venózný vstup
A = alergia

a = arteriálny vstup
I = operačná rana

C = kaválny vstup
V = varixy

[illegible]

V deň prijmu som odovzdal:

kartičku poistenca	áno	nie
zdravotnú kartu	áno	nie
lístok od šiat	áno	nie
potvrdenie o PN	áno	nie
RTG dokumentácia	áno	nie
CD	áno	nie
Iné.....	áno	nie

Zároveň beriem na vedomie, že VÚSCH, a.s. nenesie zodpovednosť za osobné veci a cennosti, ktoré som si ponechal/a u seba.

Podpis pacienta

V deň prepustenia mi boli vrátené:

kartička poistenca	áno	nie
zdravotná kartu	áno	nie
lístok od šiat	áno	nie
potvrdenie o PN	áno	nie
RTG dokumentácia	áno	nie
CD	áno	nie
Iné.....	áno	nie

Podpis pacienta

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a pri prepustení poučený/á o podstate môjho ochorenia, o ďalšom liečebnom, vyšetrovacom a ošetrovateľskom postupe, ako aj o potrebe hlásiť sa do 3 dní u svojho ošetrojúceho lekára. Poučeniu som porozumel/a, s navrhovaným postupom súhlasím. Bola mi vydaná lekárska a ošetrovateľská prepúšťacia/prekladacia správa a lieky na 3 dni.

Dátum

Podpis pacienta