



Východoslovenský ústav srdcových  
a cievnych chorôb, a.s.

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



Výška:  
Hmotnosť:

## *Klinika cievnej chirurgie*

# 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.

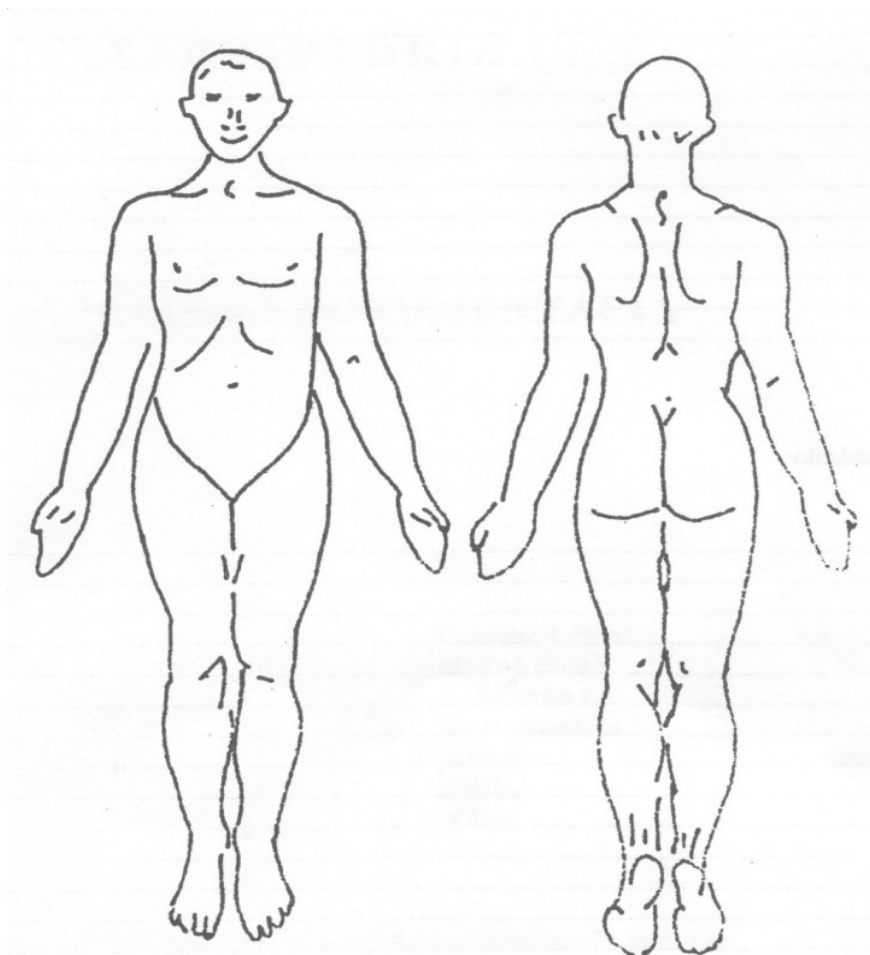
áno - nie

- 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** = začervenie  
**V** = venózny 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 .....