

ИЗВЕШТАЈ О ХОСПИТАЛИЗАЦИЈИ

1	НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ			
2	ОДЕЉЕЊЕ НА ПРИЈЕМУ			
3	БРОЈ ИСТОРИЈЕ БОЛЕСТИ		4	ДАТУМ ПРИЈЕМА
5	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА			
6	ЈМБГ		7	ДАТУМ РОЂЕЊА
8	ДРЖАВЉАНСТВО		9	ПОЛ 1 – М 2 – Ж
10	АДРЕСА И ОПШТИНА ПРЕБИВАЛИШТА			
11	ОСИГУРАЊЕ 1 – ДА 2 – НЕ	12	ЛБО	
13	УПУТНА ДИЈАГНОЗА			
14	ПОВРЕДА 1 – ДА 2 – НЕ	15	СПОЉНИ УЗРОК ПОВРЕДЕ ПО МКБ	
16	ОСНОВНИ УЗРОК ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ			
17	ПРАТЕЋЕ ДИЈАГНОЗЕ ПО МКБ			
18	ШИФРА ПРОЦЕДУРЕ ПО НОМЕНКЛАТУРИ			
19	ТЕЖИНА НА ПРИЈЕМУ (ЗА НОВОРОЂЕНЧЕ) (у грамма)	20	БРОЈ САТИ ВЕНТИЛАТОРНЕ ПОДРШКЕ	
21	ДАТУМ ОТПУСТА	22	БРОЈ ДАНА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ	
23	ОДЕЉЕЊЕ СА КОГА ЈЕ ИЗВРШЕН ОТПУСТ			
24	ВРСТА ОТПУСТА 1 – ОТПУСТ КУЋИ/ДРУГО МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА 2 – ОТПУСТ/ПРЕМешТАЈ У ДРУГУ ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ ЗА КРАТКОТРАЈНУ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈУ 3 – ОТПУСТ/ПРЕМешТАЈ У ДРУГУ ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ 4 – СТАТИСТИЧКИ ОТПУСТ		5 – ОТПУШТЕН НА СОПСТВЕНИ ЗАХТЕВ 6 – УМРО ОБДУКОВАН 1 – ДА 2 – НЕ	
25	ОСНОВНИ УЗРОК СМРТИ			

НАПОМЕНА: ПОДАЦИ СА ОВОГ ОБРАСЦА КОРИСТЕ СЕ И ЗА ПОТРЕБЕ ЕЛЕКТРОНСКЕ ФАКТУРЕ

ПОТПИС И ФАКСИМИЛ ЛЕКАРА СПЕЦИЈАЛИСТЕ КОЈИ ЈЕ ЗАКЉУЧИО ЕПИЗОДУ БОЛНИЧКОГ ЛЕЧЕЊА