**Nr hist. choroby.....................**

**HISTORIA CHOROBY**

**TLENOTERAPIA W WARUNKACH DOMOWYCH**

**1. Lekarz prowadzący:........................................................................................................................**

**2. Imię i nazwisko pacjenta..................................................................................................................**

**3. PESEL................................................................**

**4. Miejsce i data urodzenia ….............................................................................................................**

**5. Nazwisko i imię oraz adres, nr telefonu osoby opiekującej się chorym**

**…...........................................................................................................................................................**

|  |  |
| --- | --- |
| 6. Przyjęty (a) dnia  | Przeniesiony (a) dnia |
| a) | a) |
| b) | b) |
| c) | c) |

|  |
| --- |
| 7. Początek choroby............................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| 8. Rozpoznanie wg ICD-10................................................................................................................ |
| 9. Zgadzam się na proponowane leczenie i opiekę przez VitalAire Sp z o.o.data......................................... podpis...................................................... |

|  |
| --- |
| **Epikryza:** |

|  |
| --- |
| **Przyczyna zgonu:** a) wyjściowa:.............................................................................................. b) bezpośrednia:........................................................................................ |

|  |
| --- |
| **Zmarł(a) dnia**............................. **o godz.**..................przed upływem 24 godz.(....), po upływie 24 godz. od przyjęcia (…..) |

|  |
| --- |
| Lekarz prowadzący:............................................................................................................................. |