|  |
| --- |
| Обр. бр. 3-21-61/62/65-Ср |

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 грамима) | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | |