



МЗ
“КОМПЛЕКСЕН ОНКОЛОГИЧЕН
ЦЕНТЪР - ШУМЕН” ЕООД

Адрес: гр.Шумен, ул. “Васил Априлов” 63
тел./факс: 054/ 800 832, e-mail: office@oncocenter.org

ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО - ОГО

Отделение: _____

Лекуващ лекар: _____

Стая № _____

Легло № _____

Кръвна
група

Rh _____

ЛЕКАРСТВЕНА НЕПОНОСИМОСТ
не, да, към какво: _____

№ _____ / № _____
общоболничен на отделениято

Име _____

Възраст _____ г. Родена _____ г. Образование _____

Къде работи _____

Професия (длъжност) _____

Местоживее: гр. (с.) _____ обл. _____

ул. _____ № _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____ тел. _____

Семейно положение: _____ гражданство _____

л.к. № _____ ЕГН _____

Насочена към стационара от: _____

Да се настани в отделение /клиника/ _____

Диагноза: _____

На приемащия лекар _____

Постъпила в _____ ч. на _____ г.

Изписана в _____ ч. на _____ г.

Къде _____

Починала в _____ ч. на _____ г.

Аутопсирана в _____ ч. на _____ г.

Пролегани дни всичко _____

От тях: предоперативни _____

следоперативни _____

Даден отпуск всичко _____ дни

От тях домашен _____ дни

Болн. лист № _____

Приемащ лекар: _____
фамилия, подпис

Клинична: предварителна - _____

Окончателна - МБК № _____

Усложнения _____

Придружаващи заболявания: _____

Операции	Дата	Час	Оператор (подпис)

Следоперативни усложнения: _____

Лекуващ лекар: _____
подпис

Зав. отделение (клиника): _____
подпис

БЕЛЕЖКИ И УКАЗАНИЯ НА ПРИЕМАЩИЯ ЛЕКАР
/За постъпващите по "спешност"/

Т _____ Р _____ R/R _____

Други бележки /режим, спешна терапия, др./ _____

АНАМНЕЗА:

Фамилна обремененост: да, не, каква _____

Минали заболявания: общи _____

гинекологични _____

Прекарани заболявания: общи _____

гинекологични _____

Родени деца: _____ ; от тях: живи _____ ; последно раждане на _____ г.

Аборти _____ ; от тях: изкуствени _____ ; спонтанни _____ ; последен аборт на _____ г.

Първа менструация на _____ год., установила се _____ ; през _____ дни; трае _____ дни
особености _____

Последна редовна менструация: дата _____

Промени: /от кога и какви/ _____

Оплаквания при постъпването: _____

Приемаш _____
Лекуващ _____ лекар

ПЛАН НА ЛЕЧЕНИЕ:

ИЗСЛЕДВАНИЯ

КРЪВ - ХЕМАТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

[illegible]

КРЪВ - БИОХИМИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

[illegible]

УРИНА

[illegible]

ИМЕ

ИЗХ. №

[illegible]

[illegible]

[illegible]

