

Nr kolejny pacjenta

Nazwisko i imię/imiona Pesel*

Kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał

Rozpoznanie przedoperacyjne

Czy uzyskano zgodę na operację/zabieg

Oznaczenie lekarza kierującego na zabieg albo operację
w przypadku gdy kierującym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu
(Nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje,
numer prawa wykonywania zawodu)

Oznaczenie lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu
albo operacji
(Nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje,
numer prawa wykonywania zawodu)

Data i godzina rozpoczęcia
zabiegu/operacji

--	--	--	--

rok

--	--

miesiąc

--	--

dzień

godz. min. w systemie 24-godzinnym

Data i godzina zakończenia
zabiegu/operacji

--	--	--	--

rok

--	--

miesiąc

--	--

dzień

godz. min. w systemie 24-godzinnym

Adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu albo operacji

Zlecone badania diagnostyczne

Rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta oraz jego szczegółowy opis

* W przypadku noworodka numer PESEL matki, w razie braku numeru PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.