

Xəstənin S.A.A.		ŞV FİN Kodu №	
Xəstəlik Tarixi Kodu:		Ünvan:	
Mob.:		Ev nömrəsi:	
Xəstəxananın Adı:		Müalicə həkimi (S.A.A.):	
Buraxılış tarixi:			

Buraxılışdan əvvəl qeyd olunması tələb olunan məlumatlar

(əgər varsa, aşağıdakı məlumatların xəstəlik tarixinə qeyd edildiyini təsdiq edir)

Buraxılışa hazır olduğunu əks etdirən həkim qeydləri	Müalicə prosesində iştirak etmiş qurumlarla buraxılış planının müzakirəsi
Ailə üzvləri ilə müzakirə olunmuş buraxılış planı	Buraxılış planının yerində müzakirəsi
Müalicənin qeydləri (olduğu halda)	Digər məsələlər

Pasiyentin mövcud tibbi vəziyyətinə dair ətraflı məlumatı daxil edin

(Abbreviaturaya yol vermədən məlumatları əhatəli şəkildə qeyd edin):

1. Xəstəxanaya qəbul tarixi (gün, saat):
2. Qəbul zamanı aşkarlanmış simptomlar:
3. Diaqnoz:
4. Tətbiq olunmuş müalicə:
5. Aparılmış laboratoriya testləri (nəticələri daxil olmaqla):
6. Xəstəliyə dair yekun qiymətləndirmə:
7. Cari vəziyyət:
8. Xəstəxananın pasiyentin müalicəsi ilə bağlı yekun rəyi:
9. Buraxılış planı və təkrar müayinə (buraxılış zamanı xəstəyə tövsiyə*):

Formanı dolduran şəxsin S.A.A.	
Formanı dolduran şəxsin imzası	
Tel:	Faks :

Qeyd: Özünüzdə respirator xəstəlik əlamətləri (qızdırma, halsızlıq, öskürək, ürək bulanma, nəfəs darlığı) hiss etdiyiniz halda dərhal 103 (Bakı daxili) və ya 113 (Bakıdan kənar) Təcili yardım nömrələrinə zəng edin və həkim müayinəsindən keçin.