

**Analiza hospitalizacji pacjenta
w ramach Koordynowanej Opieki Chorób Metabolicznych u Dzieci**

Miesiąc: rok:

Inicjały pacjenta	
PESEL - pierwsze 7 cyfr	
Okres hospitalizacji	
Grupa JGP (P47 / P52)	
Analiza danych pacjenta po przyjęciu w zakresie objawów i powikłań w celach porównawczych jako stan wyjściowy	
Analiza danych pacjenta przy wypisie w zakresie opisu objawów i powikłań w celach porównawczych	
Podpis lekarza prowadzącego (Przyjmującego zamówienie)	

**Potwierdzam wprowadzenie świadczeń
zdrowotnych do systemu informatycznego**

.....
data, czytelny podpis lub pieczęć pracownika Działu
Świadczeń Medycznych i Projektów

Potwierdzam wykonanie świadczenia

.....
Pieczęć i podpis Lekarza Kierującego Oddziałem
Dziecięcym
(lub pełniącego jego zastępstwo)

Potwierdzam wykonanie świadczenia

.....
Pieczęć i podpis Z-cy Dyr. ds. Medycznych
(lub pełniącego jego zastępstwo)

