**Príloha č. 1**

DEKURZ

Poradové číslo strany dekurzu: ..........

|  |
| --- |
| **Odtlačok pečiatky****zdravotníckeho zariadenia:** |
| **Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:** | **Rodné číslo:** |
| **Dátum a****čas zápisu:** | **Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka:**(meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis) | **Ordinácie:** |
|  |  |  |

Poradové číslo strany dekurzu: ..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dátum a****čas zápisu:** | **Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka:**(meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis) | **Ordinácie:** |
|  |  |  |