**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:** |
|  |  |  |