Приложение 1

к приказу Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

06.06.2016 № 555

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения | | | | | | | | | | | | |  | | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | **№ 001-2/у** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | | | | | | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | Приказом Министерства здравоохранения | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | Донецкой Народной Республики | | | | | | | | | | | | | | | |
| Идентификационный код | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | № |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ж У Р Н А Л**  **учета больных, которым предоставляется лечебный отпуск** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Начат «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_ года | | | | | | | | | | | | |  | Окончен «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_года | | | | | | | | | | | | | | | | |
| №  п/п | | Ф.И.О. | | | | | | Медицинская карта стационарного больного | | | | | | | | | Установленный ВКК срок отпуска | | | | | | Время и дата убытия больного в отпуск | | | | | | | |
| **1** | | **2** | | | | | | **3** | | | | | | | | | **4** | | | | | | **5** | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |

2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Продолжение приложения 1 | | | | |
| Адрес, по которому будет находиться больной во время отпуска | Время и дата возвращения больного из отпуска | Количество дней пребывания больного в отпуске | Примечание (причина несвоевременного возвращения из отпуска) | Подпись медсестры отделения, которая приняла больного |
| **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |