| # | შემოსვლა | | პაციენტის<br>სახელი და გვარი,<br>მამის სახელი | ასაკი | მისამართი | ვინ გამოგზავნა<br>პაციენტი<br>ან ვის მიერ არის<br>მოყვანილი | განყოფილება,<br>რომელშიც განთავსდა<br>პაციენტი |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | თარიღი | დრო | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| პაციენტის სტაციონარული ბარათის N | გამომგზავნი დაწესებულების დიაგნოზი | გაეწერა, გადაყვანილ იქნა სხვა სტაციონარში, გარდაიცვალა (ჩაიწეროს და აღნიშნოს თარიღი და სტაციონარის დასახელება, სადაც იქნა გადაყვანილი) | ნათესავისთვის (ან კანონიერი წარმომადგენლისათვის) ან დაწესებულებისათვის ჰოსპიტალიზაციის შესახებ მოწოდებული ინფორმაციის აღნიშვნა | თუ არ იქნა ჰოსპიტალიზირებული მიზეზი და მიღებული ღონისძიებები | შენიშვნები |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |