

ΓΕΡΜΑΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

ΕΞΙΤΗΡΙΟ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

No 026398

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η Αρ. Επεισοδίου:	217371	Ημερομηνία:	16/11/21	
Μονάδα / Τμήμα:	Υπεύθυνος Ιατρός	πεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος:		
Doug Care	Θεράπων Ιατρός:	10 /3/	e ioc	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:	- Copanion in post	Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ!	W(2)	
the state of the s			2 7 1000	
Διεύθυνση: Τηλέφωνα:				

Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους): (g) Ωρες στον αναηνευστήρα:				
2. Τρόπος εισαγωγής: Απευθείας εισαγωγή Μεταφορά από άλλο νοσπλευτήριο (όνομα νοσπλευτηρίου):				
3. Χρόνος νοσηλείας: Ημερομ.	Pula	Αριθμός πμερών		
Ημερομ. Εισαγωγής: 16/11/21 Εξαγωγής: 16	111/21	χωρίς χρέωση (Leave Days):		
4. Παραπέμπων Ιατρός				
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία				
Askins Tractione in Trajenfaticiery xue - 400. Vari LAMU Wie blebu,				
a. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, σύμπτωμάτων και ευρημάτων) Ασγενίς προσύλθε μα προβραματισμένη χμε - Ανθ. Καλί κλινικί απέδιοδα, απόρεταται αιτοδικοτικί επεθερία				
with the state of the sound	•			
O. M. S.				
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο	κυριος λογος εισαγωγ	ης του ασθενους, μετα απο εδ	ετασεις και οιερευνηση)	
la lung				
γ. Δευτερεύουσε 🔂 ιαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)				
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες	2 1		-	
Cycle 29 Day & Pemetreted - Pembrolizmal				
The state of the s				
ε. Χειρουργικά ευρήματα				
ε. λειρουργικά ευριτμάτα				
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις				
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις				
η. Επισυναπτόμενα				
n. Emouvamopeva				
6. Έκβαση επεισοδίου Κανονική Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο Εξήλθε παρά τις ιατρικές οδηγίες Κατάληξη				
α. Είδος εξαγωγής Αλλο (καθορίστε)				
[1αση Βελτίωση	Αμετάβλητη	Επιδείνωση	Κατάληψη	
β. Κατάσταση Αλλο (καθορίστε)	У Аретарліні	Lillogivwoii	Καταλιτφίτ	
7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες:				
ETIOLENY OGANTEIN GE JU				
oguilla co				
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση				
Όνομα Ιατρού:	Ημερομηνία:		Ώρα:	
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπογραφή Ασθενούς /				
Υπεύθυνου / Θεράποντος	, IUI WALL			
Ιατρού:		Οικείου προσώπου:		