**Ambulantní zpráva**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pacient – jméno a příjmení: |  | Rodné číslo (číslo pojištěnce): |  |
| Datum narození:(není-li rodné číslo) |  | Kód zdravotní pojišťovny: |  |
| Adresa trvalého pobytu pacienta:(případně jiná adresa) |  |
| Jméno zákonného zástupce (opatrovníka): |  | Rodné číslo: |  |

**Datum, čas vyšetření:**

Anamnesticky:

NO:

OA:

RA:

PA:

SA:

FA:

AA:

EA:

Objektivně:

Hlava:

Krk:

Plíce:

Srdce:

Břicho:

Per rectum:

DK:

EKG:

RTG:

Lab. a pomocná vyšetření:

Terapie:

**Dg.závěr:**

Převoz sanitním vozem: [ ]  ANO [ ]  NE

**Poplatek uhrazen:**

**Zapsal:**

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­