

Zápis o průběhu ambulantního vyšetřování a ošetřování ženy

Datum	Obtíže a nález	Léčba a podpis

Příjmení _____ rodné číslo _____	Kód pojišťovny:	<input type="text"/>
jméno _____ datum narození _____	ZÁZNAM GYNEKOLOGA	
bydliště _____		
stav _____ druh práce _____	Vyhotoven dne	
zaměstnavatel _____		
Anamnéza a) rodinná _____		
b) osobní (nem. infekč., gynekol., jiné) _____		
dosavadní léčba (operace) _____		
Měsíčky od _____ let, typ _____	Počet a průběh dosavadních	a) porodů _____
bolesti _____ krvácení _____		b) potratů _____
nepravidelnosti apod. _____		c) interrupcí _____
menopauza od _____		
Prsy _____ Krev. skup. _____ Rh - otec _____ Isoimunisace _____	Pánev _____ BWr. _____ Rh - matka _____	

Datum	Gynekologické a porodnické diagnózy po převzetí do evidence	Stat. značka
Datum	Jiná významná odborná vyšetření a diagnózy (srdce, plíce apod.)	Stat. značka

Pracovní neschopnost	od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	do	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	důvod	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zápis o průběhu ambulantního vyšetřování a ošetřování ženy

Datum	Obtíže a nález	Léčba a podpis

Zápis o průběhu ambulantního vyšetřování a ošetřování ženy

Datum	Obtíže a nález	Léčba a podpis