

Наименование и адрес медицинской организации  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)  
индивидуального предпринимателя и адрес  
осуществления медицинской деятельности)  
ОГРН (ОГРНИП)

---

---

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Учетная форма N 001/у

Утверждена приказом Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
от 5 августа 2022 г. N 530н

### ЖУРНАЛ

#### УЧЕТА ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ И ОТКАЗОВ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Начат " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Окончен " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

N п/п	Дата поступ ления	Время поступ ления (час. мин.)	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Дата рожден ия (число, месяц, год)	Пол (мужс кой, женск ий)	Серия и номер паспорта или иного документа, удостоверя ющего личность (при наличии)	Гражд анство	Регистр ация по месту житель ства	Регистрация по месту пребывания пациента, номер телефона законного представителя, лица, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента	СНИЛ С (при налич ии)	Полис обязател ьного медицин ского страхова ния (при наличии)	Пациент доставлен (направлен) полицией, выездной бригадой скорой медицинской помощи, другой медицинской организацией, обратился самостоятельно	Номер медиц инско й карты
----------	-------------------------	--	--	---	--------------------------------------	--	-----------------	---	--	-----------------------------------	--	---	---------------------------------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

<p>Диагноз заболевания (состояния), поставленный направившей медицинской организацией, выездной бригадой скорой медицинской помощи (код по МКБ) &lt;1&gt;</p>	<p>Причина и обстоятельства травмы (в том числе при дорожно-транспортных происшествиях), отравления (код по МКБ)</p>	<p>Факт употребления алкоголя и иных психоактивных веществ, установление наличия или отсутствия признаков состояния опьянения при поступлении пациента в медицинскую</p>	<p>Отделение медицинской организации, в которое направлен пациент</p>	<p>Исход госпитализации (выписан, переведен в другую медицинскую организацию, умер), дата и время исхода, наименование медицинской организации, куда переведен пациент</p>	<p>Дата и время сообщения законному представителю, иному лицу или медицинской организации, направившей пациента, о госпитализации (отказе в госпитализации) пациента, ее исходе</p>	<p>В случае отказа в госпитализации в стационар, дневной стационар</p>		<p>Дополнительные сведения</p>
						<p>Причина отказа в госпитализации (отказался пациент, отсутствие показаний, помощь оказана в приемном отделении медицинской организации, направлен в другую</p>	<p>Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, зафиксировавшего причину отказа в госпитализации</p>	

