

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statysty- czny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statysty- czny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

PORADNI

Nr karty.....

Data zarej.....

Nr ks. zdrowia.....

Nr oddz. NFZ.....

Pieczętka zakładu

Dział A

12

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

PORADNI

Nr karty.....

Data zarej.....

Nr ks. zdrowia.....

Nr oddz. NFZ.....

Pieczętka zakładu

Dział A

12

Nazwisko..... Imię Płeć: M. Ż.*

.....
Data urodzenia

.....
Adres

.....

PESEL _____ Zawód _____
_____ wyuczony _____
_____ wykonywany _____

Miejsce pracy.....

	Ubezpieczeni	Nieubezpieczeni
	czynny	bierny
		samo- placący leczony bezpłatnie

Symbol grupy produkcji i usług
(wpisać odpowiednią cyfrę)

Grupa krwi	Rh

Oświadczam, że osobą upoważnioną do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci, czynię:

Nazwisko i imię (rodzic/opiekun)	Adres zamieszkania z kodem pocztowym	Nr telefonu

Data.....

Podpis pacjenta(ki)

Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci.

Data
Podpis pacjenta(ki)

Nazwisko i imię..... Nr rejestru..... Nr kolejny wkt.....

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statysty- czny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

Nazwisko i imię..... Nr rejestru..... Nr kolejny wki.....

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statysty- czny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do