Pieczątka Zakładu
Dział A

HISTORIA CHOROBY

PORADNI .....

Nr karty .....
Data zarej. .....
Nr ks. zdrowia .....
Nr oddz. NFZ .....

Nazwisko ..... Imię ..... Płeć: M Ż *)

Data urodzenia ..... Adres .....

PESEL | | | | | | | | | | | |

Zawód wyuczony / wykonywany .....

Miejsce pracy .....

Ubezpieczony		Nieubezpieczony	
czynny	bierny	samo-płacący	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) .....

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 **MED-Obw 136**

*) właściwe otoczyć obwódką

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

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

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