Pieczątka zakładu
Dział A

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

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

Poradni .....

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

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

PESEL ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋ Zawód $\frac{\text{wyuczony}}{\text{wykonywany}}$ .....

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 .....

Ty-Cy-02k IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

*) właściwe otoczyć obwódką

Nazwisko i imię ..... Nr rejestru ..... Nr kolejny wkł. .....

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

Nazwisko i imię ..... Nr rejestru ..... Nr kolejny wkł. .....

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

Nazwisko i imię ..... Nr rejestru ..... Nr kolejny wkł. .....

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