27. Data wyznaczonego terminu zgłoszenia pacjenta do poradni

28. Wizyty w środowisku pacjenta

Wizyty lekarskie										
Wizyty innych pracowników PZP										

29. Skierowanie do stacjonarnego zakładu (oddziału) lecznictwa psychiatrycznego

Data wydania skierowania									
Dokąd skierowany									

30. Pobyty w stacjonarnych zakładach (oddziałach) lecznictwa psychiatrycznego

Od - do									
Gdzie									
Rozpoznanie									
Wskazania do leczenia poszpitalnego									

31. Wypisany w roku .....

32. Wypisany z powodu: 1. nie wymaga dalszego leczenia psychiat.,
2. zmarł,
3. przeniósł się na stałe do innej rej. poradni,
4. nie zgłasza się z niewiadomych powodów od roku .....

Wypisany przez: .....
(podpis i pieczątka lekarza)

z. 596/2018 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl

16

Rok										
Nr rejestracyjny										

HISTORIA CHOROBY
PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Pieczątka zakładu, nr rejestru, symbol REGON

Inne oznaczenia występujące w dokumentach (np. dane dot. zgłoszenia)

2. Data urodzenia (rok / miesiąc / dzień)

Nr PESEL

3. Nazwisko ..... Imiona .....

Nazwisko rodowe..... Imię ojca ..... Imię matki .....

4. Płeć
1 ☐ Mężczyzna
2 ☐ Kobieta

5. Miejsce stałego zamieszkania: ..... (miejscowość / ulica / nr domu / telefon)

..... (kod / poczta / gmina lub dzielnica / województwo)
1 ☐ Miasto
2 ☐ Wieś

6. Miejsce pracy ..... Symbol GUS ☐☐☐ ..... (nr leg. ubezp. lub renty)

Zawód ..... 7. Podstawa płatności:
1 ☐ ubezpieczenie podstawowe
2 ☐ ubezpieczenie dodatkowe
3 ☐ ubezpieczenie prywatne
4 ☐ na koszt własny

8. Opiekun faktyczny pacjenta:

..... (imię / nazwisko / stop. pokrewieństwa / adres / telefon)

.....

9. Data pierwszego zarejestrowania w tut. poradni ..... 10. Choruje od roku .....

11. Rozpoznanie wstępne .....

12. Choroba zasadnicza ..... ☐

13. Choroby współistniejące ..... ☐

14. Rok										
15. Nr statyst. rozpoznania										
16. Grupa poradniana 1)										
17. Grupa inwalidztwa 2)										

1) Grupy poradniane: 1. Grupa opieki czynnej 2. Grupa opieki biernej

2) Grupy inwalidztwa:
wg orzeczenia KIZ: 0 - bez inwalidztwa, 1 - I grupa, 2 - II grupa, 3 - III grupa, 4 - inwalidztwo - grupa nie ustalona, 9 - brak danych

18. Stan cywilny:

1 ☐ kawaler, panna
2 ☐ żonaty, zamężna
3 ☐ wdowiec, wdowa
4 ☐ rozwiedz., separ.
5 ☐ związek nieform.
9 ☐ brak danych

19. Wykształcenie:

0 ☐ bez wykształcenia
1 ☐ podstawowe
2 ☐ zawodowe
3 ☐ średnie
4 ☐ wyższe
9 ☐ brak danych

20. Z kim mieszka:

1 ☐ samotnie
2 ☐ z rodziną
3 ☐ z innymi osobami w indyw. gosp. dom.
4 ☐ dom akademicki
5 ☐ dom pomocy społecznej
6 ☐ bezdomny(a)
7 ☐ wojsko
8 ☐ inne (jakie .....)
9 ☐ brak danych

21. Podstawowe źródło utrzymania:

1 ☐ praca etatowa
2 ☐ samodz. działal. gospodarcza
3 ☐ praca dorywcza
4 ☐ rodzina
5 ☐ emeryt(ka)
6 ☐ rencista(ka), rok przyzn.....
7 ☐ zasiłek dla bezrobotnych
8 ☐ pomoc społeczna
9 ☐ inne

22. Poprzednie leczenie w zakł. psychiat./odwykowym

1 ☐ leczony(a) i w poradni i w szpitalu
2 ☐ leczony(a) tylko w poradni
3 ☐ leczony(a) tylko w szpitalu
4 ☐ nie leczony(a)
9 ☐ brak danych

26. Pacjent ubezwłasnowolniony:

1 ☐ całkowicie
2 ☐ częściowo
3 ☐ nie

23. Leczenie w poradni (gdzie)..... od roku .....

24. Leczenie w szpitalu (ile razy)..... pierwszy pobyt w roku .....

25. Ostatni pobyt od..... do ..... gdzie .....

WYWIAD OD OPIEKUNÓW CHOREGO

Nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu .....

.....
stopień pokrewieństwa adres telefon

Przeprowadził:..... Dnia .....