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

z. 593/2018 „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

14

Pieczątka zakładu
Dział A

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

PORADNI .....

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

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(ki) .....

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

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 wkł. .....

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