

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

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

Pieczętka zakładu  
Dział A

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

PORADNI .....

NFZ

Nr karty .....

Data zarej. ....

Nr ks. zdrowia .....

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

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

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce pracy ..... Zawód <sup>wyuczony</sup><sub>wykonywany</sub> \* .....

ubezpieczony		nieubezpieczony	
czynny	bierny	płatący	leczony bez-płatnie

Symbol grupy produkcji i usług  
(wpisać odpowiednią cyfrę)

--

Grupa krwi

	Rh
--	----

podpis lekarza

1. Wyrażam zgodę na leczenie, badania diagnostyczne w Poradni .....

2. Imię i nazwisko, adres lub numer telefonu, osoby upoważnionej do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych .....

3. Imię i nazwisko, adres lub numer telefonu osoby upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji medycznej nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej.\* .....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis pacjenta/opiekuna ustawowego, faktycznego)

\*Właściwe zaznaczyć.

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