

**KARTA INDYWIDUALNEJ OPIEKI
PROWADZONEJ PRZEZ POŁOŻNĄ POZ
nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno - ginekologicznej**

Nazwisko:		Imię (imiona):		Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Wiek: <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	PESEL	<div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>		data urodzenia	
Adres: ☎					
Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej					
Miejsce pracy / zawód					
Rodzaj wykonywanego zabiegu operacyjnego				Data zabiegu operacyjnego	
Data rozpoczęcia opieki położnej poz				Data zakończenia opieki położnej poz	
Opis środowiska epidemiologicznego					
Oświadczam, że osobą upoważnioną do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci, czynię: <small>(imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon osoby upoważnionej)</small> <small>(miejscowość, data i podpis pacjentki)</small>			Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci. <small>(miejscowość, data i podpis pacjentki)</small>		

Imię i nazwisko nr str.

Data wizyty	Rodzaj i zakres czynności położnej dotyczącej pacjentki, plan opieki położnej oraz adnotacje związane z wykonaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich - <i>każdy wpis autoryzowany podpisem położnej</i>	Kod udzielonych świadczeń wg ICD 9	podpis pacjentki