

Imię i nazwisko .....

**STAN CYWILNY:**  
☐ kawaler, panna  
☐ żonaty, zamężna  
☐ wdowiec, wdowa  
☐ rozwiedz., separacja  
☐ związek nieform.  
☐ brak danych

**WYKSZTAŁCENIE:**  
☐ bez wykształcenia  
☐ podstawowe  
☐ gimnazjalne  
☐ zawodowe  
☐ średnie  
☐ wyższe  
☐ brak danych

**MIESZKA:**  
☐ samotnie  
☐ z rodziną  
☐ z innymi osobami w ind. gosp. dom.  
☐ dom akademicki  
☐ dom pomocy społecznej  
☐ bezdomy/a  
☐ wojsko  
☐ inne (jakie?) .....  
☐ brak danych

**PODSTAWOWE ŹRÓDŁO UTRZYMANIA:**  
☐ praca etatowa  
☐ własna działalność gosp.  
☐ praca dorywcza  
☐ na utrzymaniu rodziny  
☐ emerytura  
☐ renta - rok przyznania .....  
☐ zasiłek dla bezrobotnych  
☐ pomoc społeczna  
☐ brak danych

**POPZEDNIE LECZENIE W ZAKŁADZIE LECZENIA ODWYKOWEGO LUB PSYCHIATRYCZNEGO:**  
☐ leczenie w poradni oraz szpitalu (ośrodku)  
☐ leczenie tylko w poradni  
☐ leczenie tylko w szpitalu  
☐ wcześniej nie leczył/a się  
☐ brak danych

Ostatnio leczył/a się w poradni .....  
  
Leczenie stacjonarne (ile razy) ..... pierwszy pobyt w roku .....  
  
Ostatni pobyt w okresie od ..... do .....  
gdzie .....

**PACJENT UBEZWŁASNOWOLNIONY:**  
☐ całkowicie  
☐ częściowo  
☐ NIE

**PACJENT LECZONY:**  
☐ dobrowolnie  
☐ zobowiązany

**RODZAJ ZABURZENIA**  
☐ uzależnienie  
☐ współuzależnienie  
☐ inne  
☐ choroba psychiczna

**STAN FIZYCZNY:**

**STAN NEUROLOGICZNY:**

**WYWIAD**  

Pacjent został poinformowany o jego prawie do anonimowości oraz o zamiarze zebrania wywiadu od innych osób.

Imię i nazwisko osoby udzielającej wywiadu .....

.....  
stopień pokrewieństwa

.....  
adres

.....  
☎

Imię i nazwisko .....

Data wizyty	Opis wizyty	Podpis i pieczęćka osoby udzielającej świadczenia

Imię i nazwisko .....

Data wizyty	Opis wizyty	Podpis i pieczęć osoby udzielającej świadczenia

[illegible]

## HISTORIA LECZENIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH

Data pierwszej rejestracji w tut. poradni .....

..... Poprzednio leczony/a w poradniach odwykowych lub pzp TAK / NIE (zaznaczyć właściwe)

Nazwisko: ..... Imię (imiona) ..... Płeć K ☐ M ☐

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

Wiek: PESEL data urodzenia: .....


Adres: ..... 

Miejsce pracy ..... Nr ubezpieczeni ..... 

Zawód wykonywany .....

**Opiekun:**

Nazwisko i imię .....

Stopień pokrewieństwa .....  .....

Adres .....

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na leczenie w poradni oraz wykonanie w ramach leczenia niezbędnych zabiegów diagnostycznych.
2. Upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia oraz do wglądu w dokumentację medyczną:  
imię i nazwisko .....  
adres zamieszkania .....
3. Nie upoważniam nikogo\*

\*- niepotrzebne skreślić

Ostrów Mazowiecka, dn. ....

.....  
(podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego / faktycznego)

Rozpoznanie wstępne ..... ICD 10 .....

Choroba zasadnicza ..... ICD 10 .....

Choroby współistniejące ..... ICD 10 .....

..... ICD 10 .....

Dokumentację przekazano do archiwum ponieważ pacjent/ka:

1. nie wymaga dalszego leczenia psychiatrycznego,
2. zmarł/a,
3. przeniósł/osił się na leczenie do innej poradni
4. nie zgłasza się z niewiadomych powodów od roku .....

Dokumentacja przekazana do archiwum przez

.....  
(data, imię i nazwisko)

Nr strony .....