

dane identyfikujące zakład

Poradnia

Dane identyfikujące Pacjenta:

..... Płeć* M ☐, Ż ☐

..... nazwisko imiona

Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL

d d m m r r r r

..... lub nazwa i seria dokumentu tożsamości symbol o/NFZ

Uprawniony(a) do korzystania z bezpłatnych świadczeń: NIE ☐ TAK ☐, na podstawie dokumentu seria

..... nazwa Telefon

Adres* zamieszkania ☐ zameldowania ☐ pobytu ☐

-

kod pocztowy miejscowość ulica numer domu/mieszkania

Oznaczenie środowiska epidemiologicznego

Dane identyfikujące lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub zakład opieki zdrowotnej, pod których opieką pozostaje pacjent
(jeżeli historia zdrowia i choroby założona jest w poradni specjalistycznej)

..... nazwisko i imię lekarza nazwa i siedziba zakładu
..... tytuł zawodowy / specjalizacja adres / telefon
..... nr prawa wykonywania zawodu kod identyfikacyjny zakładu

dane ident. zakład i jedn. organiz.

nazwisko, imię pacjenta

PESEL

OŚWIADCZENIE*

pacjenta ☐

przedstawiciela ustawowego ☐

osoby upoważnionej ☐

nazwisko, imiona, adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego

Uzyskałem(am) informacje na temat praw pacjenta.

data --

czytelny podpis

Upoważniam

nazwisko i imię

adres zamieszkania

telefon

do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskania dokumentacji medycznej z w/w zakładu opieki zdrowotnej.

data --

czytelny podpis pacjenta

Upoważniam*

nazwisko i imię

adres zamieszkania

telefon

do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci z w/w zakładu opieki zdrowotnej.

Nie upoważniam* nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci z w/w zakładu opieki zdrowotnej.

data --

czytelny podpis pacjenta

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr staty- syczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

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

nazwisko, imię pacjenta

[illegible]

Przebyte poważne choroby:

Choroby przewlekłe:

Pobyt w szpitalu:

Zabiegi chirurgiczne:

szczępienia i stosowane surowice:

szukania:

bciażenia dziedzinne:

data

--

--

--

--

-

--

--

-

--

--

..... podpis i pieczęć lekarza zawierającego wywiad

nazwisko, imię pacjenta

PESEL

[illegible][illegible]