

Nazwisko i imię..... Nr kolejny.....

Data wpisu	Wywiad objawowy, rozpoznanie, leczenie, uwagi, podpis i pieczęć lekarza	Nr statystyczny choroby	Niezdolność do pracy od - do

Pieczęć poradni

V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.....

Data zarej.

Historia zdrowia i choroby

poradni

Nazwisko Imię Płeć M/Z

Data urodzenia PESEL

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

W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL-rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres..... tel. kont.....

Nazwisko Imię.....
Przedstawiciela ustawowego dla osoby małoletniej

Adres.....

Wpisać szczególne uprawnienia (np. kombatan, inwalida wojenny itp.).....

Nr dok. potwierdzającego przysługujące uprawnienia.....
Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem.

Upoważniam Pana/Panią

nr tel.

/ nie upoważniam nikogo x/ do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Upoważniam Pana/Panią

/ nie upoważniam nikogo x/ do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

(data)

(podpis pacjenta)

Uczulenia.....

Obciążenia dziedziczne.....

Poinformowano o szczepieniach obowiązkowych i zalecanych.....

data i podpis opiekuna

Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią Regulaminu Poradni i Kartą Praw Pacjenta
-akceptuję wszystkie wymienione postanowienia

(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

data i podpis pacjenta

Nazwisko i imię..... Nr kolejny.....

Data wpisu	Wywiad objawowy, rozpoznanie, leczenie, uwagi, podpis i pieczęć lekarza	Nr statystyczny choroby	Niezdolność do pracy od - do