

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

Nr karty

PORADNI

Data zarejestrowania

Nazwisko i imię Płeć: M Ż

Data urodzenia PESEL

Adres.....

Ubezpieczenie

Oświadczam, że **upoważniam/nie upoważniam** do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia

(właściwe zaznaczyć)
(imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

.....
(data i podpis pacjenta)

Oświadczam, że **upoważniam / nie upoważniam** do uzyskiwania mojej dokumentacji

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej) (ust. z dn. 6 XI 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

.....
(data i podpis pacjenta)

Nazwisko i imię

Strona

Data	Wywiad, ogólny stan zdrowia, przebyte choroby, pobyty w szpitalu, zabiegi i operacje, uczulenia, zalecenia, zlecone leki, badania podpis i pieczęć lekarza	Nr statystyczny choroby

Nazwisko i imię

Strona

Data	Wywiad, ogólny stan zdrowia, przebyte choroby, pobyty w szpitalu, zabiegi i operacje, uczulenia, zalecenia, zlecone leki, badania podpis i pieczęć lekarza	Nr statystyczny choroby

Nazwisko i imię

Strona

Data	Wywiad, ogólny stan zdrowia, przebyte choroby, pobyty w szpitalu, zabiegi i operacje, uczulenia, zalecenia, zlecone leki, badania podpis i pieczęć lekarza	Nr statystyczny choroby