

Rok										
Nr rejestracyjny										

HISTORIA CHOROBY PORADNIA PSYCHOLOGICZNA

Oznaczenie podmiotu*	Data urodzenia
	PESEL
Nazwisko Imiona Płeć: M <input type="checkbox"/> Ż <input type="checkbox"/>	
Imię ojca Imię matki	
Miejsce stałego zamieszkania <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> miejscowość ulica nr domu telefon </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> kod poczta gmina lub dzielnica województwo </div> <div style="text-align: right; font-size: small;"> <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś </div>	
Zmiana adresu	
Miejsce pracy Zawód	
Data pierwszego zarejestrowania w poradni Choruje od roku	
Ubezpieczenie	

Rozpoznanie wstępne

Choroba zasadnicza

Choroby współistniejące

Rok										
Nr statystyczny rozpoznania										
Grupa poradniana 1)										
Rodzaj terapii 2)										
Stopień niepełnosprawności 3)										

1) Grupy poradniane

1. Grupa opieki czynnej

2. Grupa opieki biernej

2) Rodzaj terapii

1. Terapia indywidualna

2. Terapia grupowa

3) Stopień niepełnosprawności

wg orzeczenia PZdsOoN 0-bez inwalidztwa 1-lekki 2-umiarkowany 3-znaczny 4-inwalidztwo-grupa nie ustalona 9-brak danych

Nazwisko i imię pacjenta

Stan cywilny

- ☐ kawaler, panna
☐ żonaty, zamężna
☐ wdowiec, wdowa
☐ rozwiedziony, separacja
☐ związek nieformalny
☐ brak danych

Wykształcenie

- ☐ bez wykształcenia
☐ podstawowe
☐ gimnazjalne
☐ zawodowe
☐ średnie
☐ licencjackie
☐ wyższe
☐ brak danych

Z kim mieszka

- ☐ samotnie
☐ z rodziną
☐ z innymi osobami w ind. gosp.
☐ dom akademicki
☐ dom pomocy społecznej
☐ bezdomny
☐ wojsko
☐ inne (jakie.....)
☐ brak danych

Podstawowe źródło utrzymania

- ☐ praca etatowa
☐ samodz. dział. gospodarcza
☐ praca dorywcza
☐ rodzina
☐ emeryt(ka)
☐ rencista(ka)
☐ zasiłek dla bezrobotnych
☐ pomoc społeczna
☐ brak danych

**Poprzednie leczenie w zakładzie
leczenia odwykowego
lub psychiatrycznego**

- ☐ leczony(a) i w poradni i szpitalu
☐ leczony(a) tylko w poradni
☐ leczony(a) tylko w szpitalu
☐ nie leczony(a)
☐ brak danych

Pacjent ubezwłasnowolniony

- ☐ całkowicie
☐ częściowo
☐ nie

Leczenie w poradni (gdzie) od roku.....

Leczenie w szpitalu (ile razy) pierwszy pobyt w roku.....

Ostatni pobyt od do..... gdzie.....

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
(właściwe zaznaczyć)

.....
(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 pacjenta

Data wyznaczonego terminu zgłoszenia pacjenta do poradni

Pobyty w stacjonarnych zakładach (oddziałach) leczenia odwykowego/psychiatrycznego

Od-do					
Gdzie					
Rozpoznanie					
Wskazania do leczenia poszpitalnego					

Zakończono leczenie w Poradni Psychologicznej z powodu: 1. nie wymaga dalszego leczenia
2. zmarł
3. przeniósł się na stałe do innej poradni
4. nie zgłasza się z niewiadomych powodów od roku

Zakończono leczenie w roku

Zakończono leczenie przez
(oznaczenie i podpis psychologa / psychoterapeuty) *