

Rok										
Nr rejestracyjny										

HISTORIA CHOROBY PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Oznaczenie podmiotu*	Data urodzenia
	PESEL
Nazwisko Imiona Płeć: M <input type="checkbox"/> Ż <input type="checkbox"/>	
Imię ojca Imię matki	
Miejsce stałego zamieszkania miejscowość ulica nr domu telefon kod poczta gmina lub dzielnica województwo <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	
Zmiana adresu	
Miejsce pracy Zawód	
Data pierwszego zarejestrowania w poradni Choruje od roku	
Ubezpieczenie	

Rozpoznanie wstępne

Choroba zasadnicza

Choroby współistniejące

Rok										
Nr ststystyczny 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