

Rok										
Nr rejestracyjny										

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Pieczętka zakładu, nr rejestru, symbol REGON	Inne oznaczenia występujące w dokumentach (np. dane dot. zgłoszenia)
	2. Data urodzenia
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">rok</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">miesiąc</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">dzień</div> </div>
	Nr PESEL
	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>

3. Nazwisko	4. Płeć
Imiona	1 <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Nazwisko rodowe Imię ojca Imię matki	2 <input type="checkbox"/> Kobieta

5. Miejsce stałego zamieszkania:

kod	poczta	miejscowość	ulica	nr domu	telefon
		gmina lub dzielnica	województwo		

6. Miejsce pracy

Zawód

Symbol GUS

nr leg. ubezp. lub renty

7. Podstawa płatności:	<p>Upoważniam następujące osoby: Nie upoważniam nikogo *) niewłaściwe skreślić</p> <p>1. Do uzyskania informacji na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach.</p> <p>2. Do uzyskania informacji, także na wypadek śmierci.</p> <p>3. Do dysponowania w sytuacjach nagłych, jak przeniesienie do innego szpitala lub śmierci.</p> <p>4. Do dysponowania moimi rzeczami osobistymi i depozytem.</p>
1 <input type="checkbox"/> ubezpieczenie podstawowe 2 <input type="checkbox"/> ubezpieczenie dodatkowe 3 <input type="checkbox"/> ubezpieczenie prywatne 4 <input type="checkbox"/> na koszt własny	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> imię i nazwisko, adres, telefon data i podpis </div>

8. Opiekun faktyczny pacjenta(ki):

imię	nazwisko	stopień pokrewieństwa	adres	telefon

9. Data pierwszego zarejestrowania w tut. poradni

10. Choruje od roku

11. Rozpoznanie wstępne

12. Choroba zasadnicza

13. Choroby współistniejące

14. Rok										
15. Nr statyst. rozpoznania										
16. Grupa poradniana 1)										
17. Grupa inwalidztwa 2)										

1) Grupy poradniane: 1. Grupa opieki czynnej 2. Grupa opieki biernej

2) Grupy inwalidztwa wg orzeczenia KIZ: 0 - bez inwalidztwa, 1 - I grupa, 2 - II grupa, 3 - III grupa, 4 - inwalidztwo - grupa nie ustalona, 9 - brak danych