

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: 100%; height: 30px;"></div>	

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

5. Miejsce stałego zamieszkania:				
miejscowość	ulica	nr domu	telefon	
kod	pocztą	gmina lub dzielnica	województwo	
				1 <input type="checkbox"/> Miasto
				2 <input type="checkbox"/> Wieś

6. Miejsce pracy	Symbol GUS		nr leg. ubezp. lub renty
Zawód			

7. Podstawa płatności:	Upoważniam następujące osoby:		Nie upoważniam nikogo *) niewłaściwe skreślić	
1 <input type="checkbox"/> ubezpieczenie podstawowe	1. Do uzyskania informacji na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach.			
2 <input type="checkbox"/> ubezpieczenie dodatkowe	2. Do uzyskania informacji, także na wypadek śmierci.			
3 <input type="checkbox"/> ubezpieczenie prywatne	3. Do dysponowania w sytuacjach nagłych, jak przeniesienie do innego szpitala lub śmierci.			
4 <input type="checkbox"/> na koszt własny	4. Do dysponowania moimi rzeczami osobistymi i depozytem.			
	imię i nazwisko, adres, telefon		data i podpis	

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