

Rok										
Nr rejestracyjny										

HISTORIA CHOROBY PORADNIA ODWYKOWA

1. Pieczętka zakładu, nr rejestru, symbol REGON	Inne oznaczenia występujące w dokumentach (np. dane dot. zgłoszenia)																
2. Data urodzenia	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">rok</td> <td colspan="2">miesiąc</td> <td colspan="2">dzień</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	rok				miesiąc		dzień	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
rok				miesiąc		dzień											
Nr PESEL	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								

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

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

6. Miejsce pracy	Symbol GUS <input type="text"/> nr leg. ubez. lub renty
------------------------	--

Zawód	7. Podstawa płatności:	
	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	
8. Osoba, z którą można się kontaktować w sprawach dotyczących pacjenta(ki)		
imię	nazwisko	stopień pokrewieństwa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
adres		telefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>

9. Data pierwszego zarejestrowania w tut. poradni	10. Choruje od roku
Poprzednio leczony(a) w poradniach odwykowych lub pzp:	

11. Rozpoznanie wstępne	<input type="text"/>
12. Choroba zasadnicza	<input type="text"/>
13. Choroby współistniejące	<input type="text"/>

14. Rok	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Nr statyst. rozpoznania	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Grupa poradniana 1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Grupa inwalidztwa 2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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