

Nazwisko i imię ..... Nr rejestru ..... Nr kolejny wkl. ....

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr staty- styczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

Pieczętka zakładu

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

PORADNI .....

Nr karty ..... **H-005**

Data zarej. ....

Nr ks. zdrowia .....

Nazwisko ..... Imię ..... Płeć: ☐M☒Ż(\*)

Data urodzenia ..... Adres .....

PESEL

Miejsce pracy ..... Zawód 

wyuczony  
wykonywany

 .....

ubezpieczony		nieubezpieczony		Symbol grupy produkcji i usług (wpisać odpowiednią cyfrę)	<input type="text"/>	Grupa krwi	<input type="text"/>	Rh	<input type="text"/>
czynny	bierny	samo- płatny	leczone bezpłatnie						
Podpis lekarza									

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr staty- styczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

Nazwisko i imię ..... Nr rejestru ..... Nr kolejny wkł. ....

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr staty- styczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

Nazwisko i imię ..... Nr rejestru ..... Nr kolejny wkł. ....

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr staty- styczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do