

**HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY**

poradni \_\_\_\_\_

Nr karty \_\_\_\_\_

Data zarejstr. \_\_\_\_\_

Nr ks. ubezpie. \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_

Miejsce pracy \_\_\_\_\_

<b>Płeć</b>	<b>Nr PESEL</b>																				
M    Ż	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																				

ubezpieczony*)		nie ubezpieczony*)	
czynny	bierny	samo- płacący	leczone bezpłatnie

Symbol grupy  
produkcji i usług  
(wpisać odpowiednią cyfrę)

0
---

Zawód \_\_\_\_\_  
wyuczony  
wykonywany

Grupa krwi		Rh	
------------	--	----	--

\_\_\_\_\_  
Podpis lekarza

Data	Wywiady, objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statys- tyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolno ść do pracy od - do

Data	Wywiady, objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolno ´c do pracy od - do
<h1>WZÓR</h1>				

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

Data	Wywiady, objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolno ść do pracy od - do
<h1>WZÓR</h1>				