

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
Działu A

HISTORIA CHOROBY

PORADNI

Nr karty
Data zarej.
Nr ks. zdrowia

Nazwisko Imię Płeć: M, Ż*)

Data urodzeniaPESEL

Adres.....

Miejsce pracy

Zawód

wyuczony
wykonywany

ubezpieczony		nieubezpieczony		Symbol grupy produkcji i usług (wpisać odpowiednią cyfrę)	<div></div>	Grupa krwi		Rh
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

Uwaga! Wypełniać długopisem lub ołówkiem kopiowym.

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

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