

STACJA REZERWY I PODCIELE
ZESPÓŁ DZIEKI ZDROWOTNEJ

64-000 KOŚCIAN

ul. Szpitalna 7, tel. 065 512 08 55 w. 241

Poradnia Chirurgii Ogólnej

50001592/02/1/0012/2/09/11

REGON 411051999

KRS 39047

pieczęć poradni

2-1

1-1

AS

Załącznik nr 1

Historia zdrowia i choroby poradni specjalistycznej

Nazwisko				Imię			
Data urodzenia				Adres			
Miejsce pracy Szczególne uprawnienia				NIP zakładu pracy /nr. uprawnienia			
Grupa krwi							
PESEL	NIP			Nr dowodu osobistego		Lekarz POZ	
Przebyte choroby	Choroby przewlekłe			Pobyt w szpitalu		Zabiegi chirurgiczne	
Szczepienia / surowice	Obciążenia dziedziczne			Uczulenia			

UWAGA: Wypełniać długopisem lub ołówkiem kopiowym

Druk: Usługi Poligraficzne A.Klemenski tel. 065 512 16 54

2A 8-1

1-4 A5

Nazwisko i imię Nr rejestru Nr kolejny wkl.

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

2-1

S-SAS

**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ OPLETAŃ ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH**
w Koszalinie

Oddział Wewnętrzny

64-000 KOSZALIN, ul. Szpitalna 7

tel. 85 65 23 33 80 fax 85 65 12 07 60

150001592/03/1/0030/0/12/16

REGON 411051999

RÓZPOZNANIE 0047

30-00083-003

ODDZIAŁ NR SALI

Lp.	Kod zabiegu	Rodzaj zabiegu	Okolica ciała

2-4

A-5

Data	Kod zabiegu	Podpis wykonując.	Data	Kod zabiegu	Podpis wykonując.

20A

S-83-3

3-1

A 5

Nazwisko i imię Nr rejestru Nr kolejny wkt

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

3 A

1-8

3-2

A45

Nazwisko i imię Nr rejestru Nr kolejny wkł.

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

7A

283-3

A.5

Nazwisko i imię Nr rejestru Nr kolejny wkl.

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

2A

0-83-9

AT

Nazwisko i imię Nr rejestru Nr kolejny wkl.

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