HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

DANE PACJENTA

Nazwisko i imię:	
Data urodzenia: . . (dzień, miesiąc, rok)	PESEL:
Miejsce zamieszkania:	
Telefon:	Adres e-mail:
Zakład pracy (nazwa i adres):	NIP zakładu pracy:

WYWIAD

Aktualne dolegliwości:	
Choroby przewlekłe:	
Pobyty szpitalne:	
Zabiegi operacyjne:	
Uczulenia:	
Obciążenia dziedziczne:	
Aktualnie przyjmowane leki:	

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I RENTA

Stopień niepełnosprawności:	◯ brak ◯ lekki ◯ umiarkowany ◯ znaczny — data przyznania: . . (dzień, miesiąc, rok)
Renta z tytułu niezdolności do pracy:	◯ brak ◯ częściowa ◯ całkowita — data przyznania: . . (dzień, miesiąc, rok) ◯ stała ◯ okresowa Uwagi:

Oświadczam, że jestem ubezpieczony/a w: ◯ ZUS ◯ KRUS ◯ inne:

Data: . . (dzień, miesiąc, rok)

(podpis pacjenta – imię i nazwisko)