

Rok										
Nr rejestracyjny										

## HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

<b>1. Pieczętka zakładu, nr rejestru, symbol REGON</b>	<b>SERIA I NR DOWODU</b>
	<b>2. DATA URODZENIA</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
	<b>PESEL</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>

<b>3. Nazwisko..... Imiona.....</b>  <b>Nazwisko rodowe..... Imię ojca..... Imię matki.....</b>	<b>4. Płeć</b>  <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> Mężczyzna 1   Kobieta 2 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-left: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 100%; height: 100%; background-color: #ccc;"></div> </div> </div>
---	---

5. Miejsce stałego zameldowania/.....				
zamieszkania	miejscowość	ulica	nr domu	telefon
kod	pocztą	gmina lub dzielnica	województwo	Miasto 1 Wieś 2

6. Miejsce pracy.....	NIP	<div style="display: flex; justify-content: space-around; padding: 2px;"> <span></span><span></span><span></span><span></span><span></span><span></span><span></span><span></span><span></span><span></span> </div>	..... nr leg. ubezpiecz. lub renty			
Zawód .....	7. Podstawa płatności		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">U</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">NU</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">DU</td> </tr> </table>	U	NU	DU
U	NU	DU				

8. Data pierwszego zarejestrowania w poradni ..... godz. ....

9. Rozpoznanie wstępne .....

10. Choroba zasadnicza ..... ICD

11. Choroby współistniejące ..... ICD

12. Rok										
13. Nr statys. rozpoznania										
14. Grupa poradniana *)										
15. Grupa inwalidztwa * *)										

\*) Grupy poradniane: 1. Grupa opieki czynnej 2. Grupa opieki biernej

\*\*) Grupy inwalidztwa

**16. Stan cywilny:**

1. ☐ kawaler, panna  
 2. ☐ żonaty, zamężna  
 3. ☐ wdowiec, wdowa  
 4. ☐ rozwiedz., separow.  
 5. ☐ związek nieformalny  
 9. ☐ brak danych

**17. Wykształcenie:**

0. ☐ bez wykształcenia  
 1. ☐ podstawowe  
 2. ☐ zawodowe  
 3. ☐ średnie  
 4. ☐ wyższe  
 9. ☐ brak danych

**18. Z kim mieszka:**

1. ☐ samotnie  
 2. ☐ z rodziną  
 3. ☐ z innymi osobami w indyw.gosp.dom  
 4. ☐ dom akademicki  
 5. ☐ dom pomocy społecznej  
 6. ☐ bezdomny  
 7. ☐ wojsko  
 8. ☐ inne (jakie).....  
 9. ☐ brak danych

**19. Podstawowe źródło utrzymania:**

1. ☐ praca etatowa  
 2. ☐ samodzi. dział. gospodacza  
 3. ☐ praca dorywcza  
 4. ☐ rodzina  
 5. ☐ emerytka)  
 6. ☐ rencista(ka), rok przyznania.....  
 7. ☐ zasiłek dla bezdomnych  
 8. ☐ pomoc społeczna  
 9. ☐ brak danych

**20. Poprzednie leczenie zakładzie psychiatrycznym/ odwykowym**

1. ☐ leczony(a) i w poradni i w szpitalu  
 2. ☐ leczony(a) tylko w poradni  
 3. ☐ leczony(a) tylko w szpitalu  
 4. ☐ nie leczony  
 9. ☐ brak danych

**24. Pacjent ubezwłasnowolniony**

1. ☐ całkowicie  
 2. ☐ częściowo  
 3. ☐ nie

21. Leczenie w poradni (gdzie)..... od roku .....  
 22. Leczenie w szpitalu (ile razy) ..... pierwszy pobyt w roku .....  
 23. Ostatni pobyt od ..... do ..... gdzie .....  
 25. Przedstawiciel ustawowy .....

26. ....  
 Imię i nazwisko lekarza kierującego .....  
 nr prawa wykonywania zawodu .....  
 rozpoznanie lekarza kierującego .....

Przybył sam(a) w towarzystwie:

.....  
 Imię nazwisko ..... stop. pokrewieństwa ..... adres ..... telefon .....

Przedstawiciel ustawowy pacjenta

.....  
 Imię nazwisko ..... stop. pokrewieństwa ..... adres ..... telefon .....

27. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu / o braku upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....  
 dane kontaktowe: .....

.....  
 Podpis pacjenta / opiekuna

28. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu / o braku upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania wglądu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej:

imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....  
 dane kontaktowe: .....

.....  
 Podpis pacjenta / opiekuna

29. Pacjent został poinformowany o przysługujących mu prawach

.....  
 Podpis lekarza

30. Zostałem poinformowany/a o przysługujących mi prawach

.....  
 Podpis pacjenta

## WYWIAD MEDYCZNY

---

### 31. Data wyznaczonego terminu zgłoszenia pacjenta do poradni


### 32. Wizyty w środowisku pacjenta

Wizyty lekarskie											
Wizyty innych pracowników PZP											

### 33. Skierowanie do stacjonarnego zakładu (oddziału) leczenia psychiatrycznego

Data wydania skierowania											
Dokąd skierowany											

### 34. Pobyt w stacjonarnych zakładach (oddziałach) leczenia psychiatrycznego

Od - do											
Gdzie											
Rozpoznanie											
Wskazania do leczenia poszpitalnego											

35. Wypisany w roku .....

Wypisany przez .....  
podpis i pieczęć lekarza

36. Wypisany z powodu

1. ☐ nie wymaga dalszego leczenia psychiatrycznego
2. ☐ zmarł
3. ☐ przeniósł się na stałe do innej rejonowej poradni
4. ☐ nie zgłasza się z niewiadomych powodów od roku .....
5. ☐ inne .....