

KARTA PRZYJĘCIA

Ks. gł.:

Oddz.:

Godz. przyjęcia na IP:

Data przyjęcia:

Wpłaca na koszt leczenia: zł Data wyjścia:

Dni: po zł Data śmierci:

Imię i nazwisko:

Nazwisko rodowe:

Pesel: Nr i seria dowodu:

Stan rodzinny: NIP pacjenta:

Miejsce urodzenia: Data:

Zatrudnienie:

NIP zakładu:

Zawód:

Ubezpieczenie:

Miejsce st. zam.: kod ter:

ul.

Miejsce pobytu: kod ter.:

ul.

Gmina: , Woj.

Opiekun imię i nazwisko:

Opiekun miejsce zam.: ul.

Imiona i nazwisko rodziców:

Pacjenta oddaje:

Koszty pokrywa:

Rok pier. przyj.: Który raz..., Data ost. wyp.: •

Ubezwt.:

Podstawa przyjęcia:

Wykształcenie:) Dzieci:

Mieszka:

Lekarz przyjmujący: Rozp.: