

KARTA EWIDENCYJNA PACJENTA PORADNI PSYCHIATRYCZNEJ/ODWYKOWEJ

S-3A(01)

3. Nazwisko Imię Nazwisko rodowe				2. Data urodzenia												Płeć	
																M	
				rok miesiąc dzień													
Imiona ojca/matki				Nr PESEL												K	
5.Miejsce zamieszk.		Miejscowość		Ulica, nr		Kod		Poczta				Miasto					
												Wieś					
9. Data 1-go zarejestrowania w tut. Poradni												21. Wypisany z poradni					
				rok				miesiąc		dzień						rok	
22. Poprzednie leczenie																	
Rok																	
Nr rejestracyjny																	
15. Nr statystyczny rozpoznania																	
16. Grupa poradniana																	
17. Grupa inwalidzka																	
Liczba zgłoszeń do poradni																	
Liczba skierowań do stacjonarnych placówek psychiatrycznych i odwykowych																	

Mz/3-90/Ps-22

Kontakt poradni z chorym – data

[illegible]

Objaśnienia: Łączna liczba kontaktów z chorym w poradni w danym roku sprawozdawczym

zapotrzebowana w rubr. 1-4 stanowi liczbę zgłoszeń do poradni (poz. na odwrocie)

„Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o., Wybrzeże J. Conrada
Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław