Pieczątka zakładu
Dział A

HISTORIA CHOROBY

Poradni .....

Nr karty .....
Data zarej. .....
Na ks. zdrowia .....
Nr oddz. NFZ .....

Nazwisko ..... Imię ..... Płeć: M Ż *)

Data urodzenia ..... Adres .....

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Zawód wyuczony / wykonywany .....

Miejsce pracy .....

Ubezpieczony		Nieubezpieczony	
czynny	bierny	samo-płacący	leczony bezpłatnie

Symbol grupy produkcji i usług (wpisać odpowiednią cyfrę)

Grupa krwi	Rh

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

WZÓR

Og-2 REMI Bielsko-Biała, tel./fax (33) 818 39 96, 815 90 44; www.remi.com.pl

*) właściwe otoczyć obwódką

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

WZÓR