

HISTORIA CHOROBY

Poradni

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

Nazwisko Imię Pleć: M Ż *

Data urodzenia Adres

PESEL	Zawód	wyuczony wykonywany

Miejsce pracy wykonywana

Ubezpieczony	Nieubezpieczony	
	czynny	bierny
		leczony bezpłatnie

Symbol grupy
produkcji i usług
(wpisać odpowiednią c

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

Og-2 REAL

Bielsko-Biala, tel. 33 499 00 30, fax 33 815 90 44, www.remib.eu

*) 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