FPOL 13

HISTORIA CHOROBY

Nr karty .....

Data zarej. .....

Nr ks. zdrowia .....

Pieczątka zakładu
Dział A

Poradni .....

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nazwisko ..... imię ..... Płeć M Ż*)

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

Miejsce pracy ..... Zawód wyuczony / wykonywany .....

Ubezpieczony		Nieubezpieczony	
czynny	bierny	samo-płacący	leczony bezpłatnie

Symbol grupy produkcji i usług (wpisać odpowiednią cyfrę)

Grupa krwi | Rh

podpis lekarza

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

zlec. 200/07 REMI Bielsko-Biała, tel. 33 499 00 30, fax 33 815 90 44, www.remib.eu

Uwaga: wypełniać długopisem lub ołówkiem kopiowym.
**) właściwe otoczyć obwódką*