

KARTA ZDROWIA PACJETA
Nowa / Aktualizacja

Imię i Nazwisko:PESEL.....

Adres: Telefon/E-mail:

Ubezpieczenie zdrowotne :

Dokument:
Data ważności lub wydania
Podpis pracownika Rejestracji

1	DATA WERYFIKACJI		
2	CHOROBY STAŁE		
3	CHOROBY PRZEBYTE OPERACJE		
4	WYKONANE BADANIA DODATKOWE		
5	POBYTY SZPITALNE		
6	PORADNIE SPECJALISTYCZNE		
7	UPOWAŻNIENIE	<i>Potwierdzenie złożenia pełnomocnictwa/upoważnienia w dniu.....</i> <i>Podpis</i>
8	PODPIS PACJENTA	<i>Zobowiązuję się do bieżącego aktualizowania informacji o stanie zdrowia, a w szczególności o wszelkich zmianach d/t powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.</i> <i>Podpis</i>

UWAGI: