

Rok										
Nr rejestracyjny										

HISTORIA CHOROBY PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Pieczętka zakładu, nr rejestru, symbol REGON	Inne oznaczenia występujące w dokumentach (np. dane dot. zgłoszenia)															
	2. Data urodzenia <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> rok miesiąc dzień </div>															
	Nr PESEL <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>															

3. Nazwisko Imiona Nazwisko rodowe Imię ojca Imię matki	4. Płeć 1 <input type="checkbox"/> Mężczyzna 2 <input type="checkbox"/> Kobieta
--	---

5. Miejsce stałego zamieszkania:

kod	pocztą	miejscowość	ulica	nr domu	telefon
		gmina lub dzielnica		województwo	

☐ Miasto
☐ Wieś

6. Miejsce pracy Symbol GUS

--	--	--

 nr legitymacji ubezp. lub renty

Zawód 7. Podstawa płatności:

1 ☐ ubezpieczenie podstawowe
 2 ☐ ubezpieczenie dodatkowe
 3 ☐ ubezpieczenie prywatne
 4 ☐ na koszt własny

8. Opiekun faktyczny pacjenta:

imię	nazwisko	stop. pokrewieństwa	adres	telefon

9. Data pierwszego zarejestrowania w tut. poradni 10. Choruje od roku

11. Rozpoznanie wstępne

12. Choroba zasadnicza

13. Choroby współistniejące

14. Rok										
15. Nr statystyczny rozpoznania										
16. Grupa poradniana 1)										
17. Grupa inwalidztwa 2)										

1) Grupy poradniane: 1. Grupa opieki czynnej 2. Grupa opieki biernej

2) Grupy inwalidztwa: 0 - bez inwalidztwa 1 - I grupa 2 - II grupa 3 - III grupa 4 - inwalidztwo - grupa nieustalona 9 - brak danych

wg orzeczenia KIZ:

18. Stan cywilny:

- 1 ☐ kawaler, panna
 2 ☐ żonaty, zamężna
 3 ☐ wdowiec, wdowa
 4 ☐ rozwiedz., separow.
 5 ☐ związek nieformalny
 9 ☐ brak danych

19. Wykształcenie:

- 0 ☐ bez wykształcenia
 1 ☐ podstawowe
 2 ☐ zawodowe
 3 ☐ średnie
 4 ☐ wyższe
 9 ☐ brak danych

20. Z kim mieszka:

- 1 ☐ samotnie
 2 ☐ z rodziną
 3 ☐ z innymi osobami w indyw. gosp. dom.
 4 ☐ dom akademicki
 5 ☐ dom pomocy społecznej
 6 ☐ bezdomny(a)
 7 ☐ wojsko
 8 ☐ inne (jakie)
 9 ☐ brak danych

21. Podstawowe źródło utrzymania:

- 1 ☐ praca etatowa
 2 ☐ samodzielna dział. gospodarcza
 3 ☐ praca dorywcza
 4 ☐ rodzina
 5 ☐ emeryt(ka)
 6 ☐ rencista(ka), rok przyznania
 7 ☐ zasiłek dla bezrobotnych
 8 ☐ pomoc społeczna
 9 ☐ inne

22. Poprzednie leczenie w zakł. psychiat./odwykowym:

- 1 ☐ leczony(a) i w poradni i w szpitalu
 2 ☐ leczony(a) tylko w poradni
 3 ☐ leczony(a) tylko w szpitalu
 4 ☐ nie leczony(a)
 9 ☐ brak danych

26. Pacjent

- ubezwłasnowolniony: 1 ☐ całkowicie
 2 ☐ częściowo
 3 ☐ nie

23. Leczenie w poradni (gdzie) od roku

24. Leczenie w szpitalu (ile razy) pierwszy pobyt w roku

25. Ostatni pobyt od do gdzie

WYWIAD OD OPIEKUNÓW CHOREGO

Nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu

stopień pokrewieństwa

adres

telefon

Przeprowadził Dnia

27. Data wyznaczonego terminu zgłoszenia pacjenta do poradni

28. Wizyty w środowisku pacjenta

Wizyty lekarskie											
Wizyty innych pracowników PZP											

29. Skierowanie do stacjonarnego zakładu (oddziału) leczenia psychiatrycznego

Data wydania skierowania											
Dokąd skierowany											

30. Pobyt w stacjonarnych zakładach (oddziałach) leczenia psychiatrycznego

Od - do											
Gdzie											
Rozpoznanie											
Wskazania do leczenia szpitalnego											

31. Wypisany
w roku

32. Wypisany z powodu:

1. nie wymaga dalszego leczenia psychiatr.
2. zmarł
3. przeniósł się na stałe do innej rej. poradni
4. nie zgłasza się z niewiadomych powodów od roku

Wypisany przez:
podois i pieczęć lekarza