

Zgłaszanie dolegliwości i dotychczasowy przebieg choroby:			
Wywiad chorobowy (schorzenia przewlekłe, przebyte choroby/operacje): Nadciśnienie tętnicze Cukrzyca Choroba wrzodowa Ch. niedokrwienna/zawał m. sercowego Udar mózgowy Gruźlica Choroby nowotworowe Zabiegi operacyjne/ pobyty w szpitalu Inne			
Choroby w rodzinie: Cukrzyca, nadciśnienie, choroby nowotworowe			
Przyjmowane leki:		Alergie: leki/wziewne/pokarmowe	
		Grupa Krwi: Dokument Rh	
Papierosy: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> TAK Od kiedy Ilość.....		Alkohol: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> TAK 	
Warunki rodzinne: dobre; złe Ostatnia miesiączka: dd/mm/rr		Podpis lekarza	
Wywiad epidemiologiczny dotyczący pacjenta w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala			
Czy chorował na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
Czy miał kontakt z chorym na wirusowe zapalenie wątroby		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
Czy był szczepiony przeciwko WZW B, ile dawek, kiedy		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
			_____Dawek_____ Data I dawki
Czy korzystał z leczenia w placówkach medycznych		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
			_____ Nazwa placówi
Czy korzystał z gabinetów:			
Zabiegowych		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
Endoskopowych		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
Okulistycznych		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
Ginekologicznych		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
Stomatologicznych		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
Czy korzystał z usług:			
Fryzjerskich		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
Kosmetycznych		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
Paramedycznych np. akupunktura		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak_____ Data
Data..... Godzina Podpis pielęgniarki Podpis pacjenta			

Obserwacje lekarskie

Data	Opis

Konsultacje lekarskie

Data	Opis
Epikryza w przypadku zgonu pacjenta	
Decyzja odnośnie badania pośmiertnego	
Pacjent(ka) wypisany(a) w dniu	
Lekarz oddziałowy:	Ordynator: