

Rok										
Nr rejestracyjny										

HISTORIA CHOROBY PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Pieczętka zakładu, nr rejestru, symbol REGON SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ ZAKŁAD OPIEKI AMBULATORYJNEJ PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO 19-400 Olecko, UL. 11-GO LISTOPADA 23 tel. 507 125 845 NIP 847-14-28-196 REGON 510950749 I-000000015200 V-01, VII-015, VIII-1750	Inne oznaczenia występujące w dokumentach (np. dane dot. zgłoszenia) 2. Data urodzenia <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">rok</td> <td colspan="2">miesiąc</td> <td colspan="3">dzień</td> </tr> </table> Nr PESEL <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> </tr> </table>											rok				miesiąc		dzień														
rok				miesiąc		dzień																										

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:				
miejscowość	ulica	nr domu	telefon	
kod	pocztą	gmina lub dzielnica	województwo	1 <input type="checkbox"/> Miasto 2 <input type="checkbox"/> Wieś

6. Miejsce pracy	Symbol GUS	<table border="1" style="width: 40px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			nr legitymacji ubezpiec. lub renty

Zawód	7. Podstawa płatności:	1 <input type="checkbox"/> ubezpieczenie podstawowe 2 <input type="checkbox"/> ubezpieczenie dodatkowe 3 <input type="checkbox"/> ubezpieczenie prywatne 4 <input type="checkbox"/> 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 statyst. rozpoznania										
16. Grupa poradniana 1)										
17. Grupa inwalidztwa 2)										

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

2) Grupy inwalidztwa:
wg orzeczenia KIZ: 0 - bez inwalidztwa, 1 - I grupa, 2 - II grupa, 3 - III grupa, 4 - inwalidztwo - grupa nie ustalona, 9 - brak danych

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 ☐ samodz. 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

 ubezpiecznolniony: 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 psychiat.
2. zmarł,
3. przeniósł się na stałe do innej rej. poradni,
4. nie zgłasza się z niewiadomych powodów od roku

Wypisany przez: