

Nr karty

A B C Ć D E F G H I J K L Ł M N O P R S Ś T U V W Z Ż Ǻ

Nazwisko

Imię

Płeć

K / M

PESEL

Data urodzenia

Miejsce na pieczęć

Telefon

Adres

Nr ubezpieczenia

WYWIAD / data .....

Alergia, astma	TAK / NIE
Choroby serca	TAK / NIE
Cukrzyca	TAK / NIE
Choroby tarczycy	TAK / NIE
Nadciśnienie	TAK / NIE
Epilepsja	TAK / NIE
Choroby reumatyczne	TAK / NIE
WZW	TAK / NIE
HIV	TAK / NIE
Ciąża	TAK / NIE

Przyjmowane leki: \_\_\_\_\_

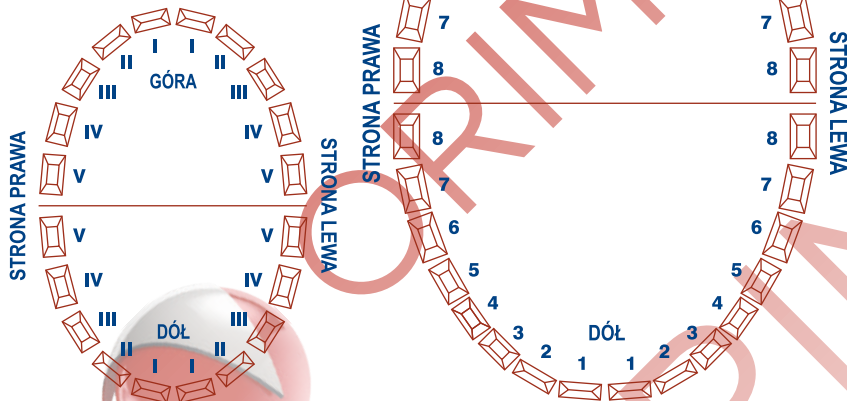
Przebyte choroby: \_\_\_\_\_

Przebyte zabiegi chirurgiczne: \_\_\_\_\_

Rodzaj znieczulenia: \_\_\_\_\_

Podpis pacjenta: \_\_\_\_\_

Lekarz prowadzący



Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* i upoważniam ..... (adres zam. ....  
 ....., tel. ....) do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskania dokumentacji medycznej.

Data \_\_\_\_\_ podpis pacjenta \_\_\_\_\_

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na zaproponowany plan leczenia.

Data \_\_\_\_\_ podpis pacjenta \_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

data	ząb	rozpoznanie / opis jednostki chorobowej, zabiegi, leki, zalecenia	kod usługi	kod procedury	lekarz / podpis

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

data	ząb	rozpoznanie / opis jednostki chorobowej, zabiegi, leki, zalecenia	kod usługi	kod procedury	lekarz / podpis
					

badanie kontrolne dnia \_\_\_\_\_

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V						

badanie kontrolne dnia \_\_\_\_\_

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V						



ORIMED

**INSTRUMENTY STOMATOLOGICZNE**

ul. Króla Zygmunta Augusta 9, 08-445 Osieck  
 tel./fax: +48 25 685 71 25, tel.: +48 502 274 647, +48 517 433 329  
 e-mail: orimed@orimed.pl [WWW.ORIMED.PL](http://WWW.ORIMED.PL)

