



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

HISTORIA CHOROBY

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Data i miejsce urodzenia:

Płeć:

Miejsce zamieszkania:

Imiona rodziców:

Dokument
tożsamości:

PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU

Przyjęty/a dnia:

Tryb przyjęcia:

Lekarz przyjmujący:

Nr prawa wyk. zawodu:

Specjalizacje:

Rozpoznanie wstępne:

Współistniejące:

ICD 10:

<i>Data</i>	<i>Pieczątka i podpis lekarza przyjmującego</i>

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

OŚWIADCZENIA PACJENTA

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

1. Przyjęcie do szpitala, wstępne badania diagnostyczne i działania terapeutyczne: TAK NIE
2. Ustne potwierdzenie mojego pobytu każdej osobie zwracającej się po informacje: TAK NIE

UPOWAŻNIAM DO

TAK NIE

ZŁOŻONO DEPOZYT: wartościowy TAK NIE

Nr:

odzieżowy TAK NIE

Nr:

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego*</i>

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>