

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

nr karty	Kod NFZ..... Miejscowość
data zarejestrowania.....	Dok. potwierdzający ubezpieczenie.....
Oznaczenie podmiotu: TestDNA Laboratorium Sp. z o.o. Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA ul. F.Bocheńskiego 38a 40-859 Katowice 000000169696	Dane identyfikujące jednostkę organizacyjną: Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA - 01 Dane identyfikujące komórkę organizacyjną: Poradnia Genetyczna - 002

PACJENT

Płeć: **M / K**

Nazwisko i imię: ✓

Data urodzenia ✓ PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(w przypadku noworodka – PESEL matki
a w przypadku braku - seria i numer dok.
stwierdzającego tożsamość)

Adres zamieszkania ✓

OPIEKUN

(wypełnia rodzic jeśli konsultacja dotyczy dziecka)

Nazwisko i imię: ✓

Adres zamieszkania ✓

Ogólny stan zdrowia pacjenta

✓ Przebyte choroby	✓ Choroby przewlekłe (np. cukrzyca, choroby tarczycy itp.)	✓ Pobyt w szpitalu (uwzględnić porody, poronienia)
✓ Zabiegi chirurgiczne	✓ Szczepienia	✓ Uczulenia
		✓ Obciążenia dziedziczne (choroby genetyczne w rodzinie)

Imię i nazwisko pacjenta:			
Data	(ICD10)	WYWIAD: OBJAWY; ZLECONE ZABIEGI ORAZ PRODUKTY LECZNICZE WRAZ Z DAWKOWANIEM, UWAGII	Pieczęć i podpis osoby udzielającej świadczenia