

## OSRODEK MEDYCYNY RODZINNEJ MACNEAL KARTA PACJENTA

DATA: \_\_\_\_\_

NAZWISKO: \_\_\_\_\_ (IMIE) (NAZWISKO) (INICJAL)

DATA URODZENIA: \_\_\_\_\_ WIEK: \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

STAN CYWILNY: \_\_\_\_\_ WOLNY  
 \_\_\_\_\_ ZAMEZNA/ZONATY  
 \_\_\_\_\_ INNY(WDOWIEC,ROZWIEDZIONY,SEPARACJA)

\_\_\_\_\_  
 (MIASTO) (STAN) (KOD)

NUMER SS#: \_\_\_\_\_ TELEFON DOM: \_\_\_\_\_

LEKARZ RODZINNY: \_\_\_\_\_ TELEFON KOMURKOWY: \_\_\_\_\_

ZAKLAD PRACY: \_\_\_\_\_ TELEFON DO PRACY: \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

UPODOBANIE KONTAKTU:  
 \_\_\_\_\_ TELEFON DOMOWY \_\_\_\_\_ TELEFON KOMURKOWY  
 \_\_\_\_\_ TELEFON DO PRACY \_\_\_\_\_ POCZTA

\_\_\_\_\_  
 (MIASTO) (STAN) (KOD)

CHOROBA/URAZ JEST ZWIĄZANY Z WYPADKIEM:  
 PRZY PRACY: \_\_\_\_\_ SAMOCHODOWYM: \_\_\_\_\_ INNYM: \_\_\_\_\_

IMIE WSPOLMALZONKA/I: \_\_\_\_\_ DATA WYPADKU: \_\_\_\_\_

TELEFON DO PRACY WSPOLMALZONKA/I: \_\_\_\_\_ OSTATNI DZIEŃ W PRACY: \_\_\_\_\_

KONTAKT W NAGŁYCH WYPADKACH : \_\_\_\_\_ (IMIE I NAZWISKO) (POKREWIEŃSTWO): \_\_\_\_\_ (TEL .INNY NIZ POWYZEJ)

CZY PRZYGOTOWALES OSTATNIA WOLE PACJENTA? (UPOWAZNIENIE W OPIECE MEDYCZNEJ) TAK _____ NIE _____ OSTATNIA WOLA PACJENTA W OPIECE MEDYCZNEJ _____ _____ (INICJALY PRACOWNIKA)	Jeśli tak, to udostępnił . PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA _____ _____ (INICJALY PRACOWNIKA)
--	--

### DANE OPIEKUNA (Wypełnić, jeśli inne niż pacjenta)

NAZWISKO OPIEKUNA: \_\_\_\_\_ (IMIE) (NAZWISKO) (INICJAL)

DATA URODZENIA: \_\_\_\_\_ WIEK: \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

POKREWIEŃSTWO DO PACJENTA: \_\_\_\_\_ WSPOLMALZONEK  
 \_\_\_\_\_ RODZIC/OPIEKUN  
 \_\_\_\_\_ INNE

\_\_\_\_\_  
 (MIASTO) (STAN) (KOD)

NUMER SS#: \_\_\_\_\_ TELEFON DOM: \_\_\_\_\_

ZAKLAD PRACY: \_\_\_\_\_ TELEFON DO PRACY: \_\_\_\_\_

NAZWISKO MALZONKA/I: \_\_\_\_\_ ZAKLAD PRACY: \_\_\_\_\_

DATA URODZENIA MALZONKA/I: \_\_\_\_\_ TELEFON DO PRACY: \_\_\_\_\_

W/C Claim # \_\_\_\_\_ Case Manager/Adjuster \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

### ZGODA NA LECZENIE I UDZIELANIE INFORMACJI

Niniejszym wyrażam zgodę, aby lekarze ośrodka MacNeal Family Healthcare, pielęgniarki oraz personel pozostający pod ich kierownictwem zastosowali takie środki i sposoby leczenia oraz leki, które uznają za konieczne lub wskazane. Wyrażam też zgodę na udzielanie informacji mojemu pracodawcy, przyszłemu pracodawcy i/lub firmie ubezpieczeniowej odnośnie mojego leczenia w tutejszej placówce.

\_\_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA