

DANE DO REJESTRACJI PACJENTA					
NAZWISKO					
NAZWISKO RODOWE					
IMIONA					
PESEL					
RODZAJ I NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI					
NR TELEFONU					
MIEJSCOWOŚĆ URODZENIA					
DATA URODZENIA					
STAN CYWILNY					
ORZECZONY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI					
ODDZIAŁ NFZ					
DANE ADRESOWE					
	MIEJSCE ZAMELDOWANIA	MIEJSCE ZAMIESZKANIA	MIEJSCE POBYTU		
KOD POCZTOWY					
MIEJSCOWOŚĆ					
ULICA					
NR DOMU					
NR MIESZKANIA					
DANE OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH					
NAZWISKO					
IMIĘ					
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA					
NR TELEFONU					
POTWIERDZENIE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO					
ODDZIAŁ NFZ, GDZIE WYSTAWIONO DOKUMENT UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO					
NAZWA DOKUMENTU (LEGITYMACJA, DECYZJA, NIP ZAKŁADU PRACY, INNE)					
NR DOKUMENTU					
DATA WYDANIA DOKUMENTU					
PODMIOT WYSTAWIAJĄCY (ZUS, KRUS, MSWiA, OPS, PUP, INNE)					
	OBOWIAZUJE OD:	OBOWIAZUJE DO:	BEZTERMINOWO		
CZY CHORY OTRZYMUJE RÓWNOLEGŁE ŚWIADCZENIA, W RAMACH NFZ?					
Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ UDZIELANEJ W DOMU	TAK	NIE	TLENOTERAPII, WENTYLACJI MECHANICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH	TAK	NIE
PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ	TAK	NIE	PORADNI MEDYCZYNY PALIATYWNEJ	TAK	NIE
			HOSPICJUM DOMOWEGO	TAK	NIE

---

 MIEJSCOWOŚĆ, DN.

---

 CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA/PACJENTA