

Numer sprawy: _____

INFORMACJE OGÓLNE

1. Prosimy wypełnić wniosek DUŻYMI LITERAMI.
2. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania.
3. W przypadku braku miejsca na niniejszym wniosku prosimy o rozwinięcie odpowiedzi oraz podpisanie się na odwrocie lub na osobnej kartce.

1. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: ____ - ____ - ____ PESEL: _____

2. RODZAJ SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA

- | | |
|---|---|
| ☐ Chemioterapia | ☐ Pomostowanie aortalno-wieńcowe |
| ☐ Radioterapia | ☐ Wymiana lub naprawa zastawki serca |
| ☐ Stałe dializowanie | ☐ Transplantacja głównych narządów |

3. INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY I SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA

Data zdiagnozowania choroby, której następstwem jest specjalistyczne leczenie: ____ - ____ - ____

Data specjalistycznego leczenia: ____ - ____ - ____

Rozpoznanie choroby: _____

4. DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA PACJENTA

Oświadczam, że odpowiedzi na powyższe pytania zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z prawdą i moją wiedzą.

Miejscowość	Data	Podpis i pieczęć Lekarza