



ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Αριθμ. Μητρ. Ασθ.:

Bar Code :

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

| | | | | | |
|------------|----------------------|--------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Επώνυμο: | <input type="text"/> | Όνομα: | <input type="text"/> | Πατρώνυμο: | <input type="text"/> |
| Διεύθυνση: | <input type="text"/> | Τ.Κ. – Πόλη: | <input type="text"/> | Τηλ.: | <input type="text"/> |
| Ηλικία: | <input type="text"/> | Επάγγελμα: | <input type="text"/> | Οικογεν. κατάσταση: | <input type="text"/> |

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΣΙΕΣΤΕΡΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ

| | | | | | |
|----------|----------------------|--------|----------------------|-------|----------------------|
| Επώνυμο: | <input type="text"/> | Όνομα: | <input type="text"/> | Τηλ.: | <input type="text"/> |
|----------|----------------------|--------|----------------------|-------|----------------------|

| | |
|------------------------------|----------------------|
| 1. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ | <input type="text"/> |
| 2. ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ | <input type="text"/> |
| 3. ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ | <input type="text"/> |
| 4. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ | <input type="text"/> |
| 5. ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ | <input type="text"/> |
| 6. ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ | <input type="text"/> |
| ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ | <input type="text"/> |

Ημερομηνία

Ο Ιατρός

ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ