

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PACJENTA**  
**CENTRUM PW. ŚW. JADWIGI ŚLĄSKIEJ W TRZEBNICY**

Imię i Nazwisko .....

Nazwisko panięskie .....

Imiona rodziców .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL .....

Dowód osobisty (nr i seria) .....

Stan cywilny .....

Imię i nazwisko małżonka .....

Adres zameldowania .....

.....

Nr i wysokość emerytury/renty .....

.....

Dane osoby do kontaktu: Imię i Nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon:

1. ....  
.....  
.....
2. ....  
.....  
.....

Dane lekarza pierwszego kontaktu (Nazwisko i Imię, telefon):

.....  
.....

Nazwa, adres i telefon przychodni, do której należy pacjent:

.....  
.....  
.....