**HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY**

Imię i nazwisko……………………. …………………. — **człowiek po grzechu pierworodnym**

Data urodzenia: ……………………. Adres……………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Wywiad, objawy, rozpoznanie chrobry | Ocena zdolności do życia w relacji z Bogiem |
|  |  |  |