

Nazwisko i imię ..... Nr kolejny wkładki.....

Data wpisu	Wywiad objawowy, rozpoznanie, leczenie, uwagi, podpis i pieczętka lekarza	Nr statystyczny choroby	Niezdolność do pracy od - do

Nazwisko i imię ..... Nr kolejny wkładki.....

Data wpisu	Wywiad objawowy, rozpoznanie, leczenie, uwagi, podpis i pieczętka lekarza	Nr statystyczny choroby	Niezdolność do pracy od - do