Nazwisko i imię.....Nr rej.....Nr kol. wkładki.....

Data	Wywiad, objawy, rozpoznanie, leczenie, uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać „tak" lub „nie"	Niezdolność do pracy od - do

drukarnia [redacted] tel. 252-59-79 62, faks 59 476 60 86

Nazwisko i imię.....Nr rej.....Nr kol. wkładki.....

Data	Wywiad, objawy, rozpoznanie, leczenie, uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać „tak" lub „nie"	Niezdolność do pracy od - do

drukarnia [redacted] tel. 252-59-79 62, faks 59 476 60 86