Książka

ambulatoryjna

Nr kolejny	Data i godzina	Imię i nazwisko Adres Kod pocztowy	Zakład pracy PESEL Nr dokumentu ubezpieczeniowego	Powód przyjęcia (skier. do lek. rodz.)	Lekarz rodzinny

STR 1

Rozpoznanie (+ ICD 10) Zastosowane leczenie	Procedury ICD 9	Pieczątka Podpis

STR 2