

SPRAWOZDANIE ZA MIESIĄC/ROK .....

NAZWISKO I IMIĘ LEKARZA .....

LP	PESEL	NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA	ICD 10	DATA OBJĘCIA OPIEKĄ	PRZYJ.DO SZPITALA	WYPIS ZE SZPITALA	WYPIS/ ZGON	LICZBA WIZYT	LICZBA OSOBODNI	DATA WIZYTY
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										

DATA I PODPIS LEKARZA

.....