

.....  
pieczęć zakładu leczniczego

....., dnia ..... r.  
L. ks. gł. ....

## Karta informacyjna

### leczenia ambulatoryjnego

Nazwisko i imię ..... lat .....

Adres .....

Przebywał w szpitalu od ..... do ..... na oddziale .....

### Rozpoznanie

.....  
.....  
.....

Wyniki badań pracownianych .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....