

Nazwisko i imię..... Nr rejestru..... Nr kolejny wkł.....

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

Nazwisko i imię..... Nr rejestru..... Nr kolejny wkł.....

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