

Data wizyty: .....

Wywiad osobniczy:

Wywiad rodzinny:

Alergie:

Otoskopia UP	przewód słuchowy	błona bębenkowa
Otoskopia UP	przewód słuchowy	błona bębenkowa

Rynoskopia przednia	Rynoskopia tylna
---------------------	------------------

Gardło środkowe	śluzówki:	migdały podniebienne
Laryngoskopia:	nagłośnia:	zachyłki gryzkowate:
	struny głosowe:	podgłośnia:

cd opisu wykonanych w trakcie wizyty badań na odwrocie

Szyja palpacyjnie:

Badanie akumetryczne:	szept:	UP:	mowa:	UP:	PL W R
		UL:		UL:	

Audiogram:

Rozpoznanie:	ICD 10:
--------------	---------

Wizyta kontrolna:

Uwagi:

Szyja palpacyjnie:					
Badanie akumetryczne:	szept:	UP:	mowa:	UP:	PL W R
		UL:		UL:	
Audiogram:					
Rozpoznanie:					ICD 10:
Wizyta kontrolna:					

Uwagi:

.....

Pieczętka i podpis lekarza