

KARTA INFORMACYJNA
SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO NR

Imię i nazwisko

PESEL Nr ubezpieczenia

Zamieszkały(a)

Lekarz rodzinnySymbol NFZ

Udzielono pomocy w dniu godz. Oddział Ambulatorium

WYWIAD I STAN PRZEDMIOTOWY

BADANIA DODATKOWE

ROZPOZNANIE

LECZENIE

ZALECENIA

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

KARTA INFORMACYJNA

NOCNEJ POMOCY LEKARSKIEJ NR IZBY PRZYJĘĆ NR

Imię i nazwisko

PESEL Nr ubezpieczenia

Zamieszkały(a)

Lekarz rodzinny Symbol NFZ

Udzielono pomocy w dniu	godz.	NPL stacjonarna	NPL wyjazdowa
-------------------------------	------------	-----------------	---------------

WYWIAD I STAN PRZEDMIOTOWY

BADANIA DODATKOWE

ROZPOZNANIE

LECZENIE

ZALECENIA

.....
(podpis i pieczęć lekarza)