

Oddział ..... Nr sali .....

## KONSULTACJE LEKARSKIE

Imię ..... Nazwisko .....

Płeć K ☐ M ☐ wiek .....

Rozpoznanie .....

Lekarz prowadzący .....

Rodzaj i cel konsultacji: .....

Data badania ..... Wynik konsultacji, zalecenia, pieczęć i podpis konsultującego: (pieczęć i podpis lekarza)