

nr karty	
----------	--

## HISTORIA CHOROBY

**FPOL XV/108**

nazwisko	imię	tel.
----------	------	------

adres	data rejestr.
-------	---------------

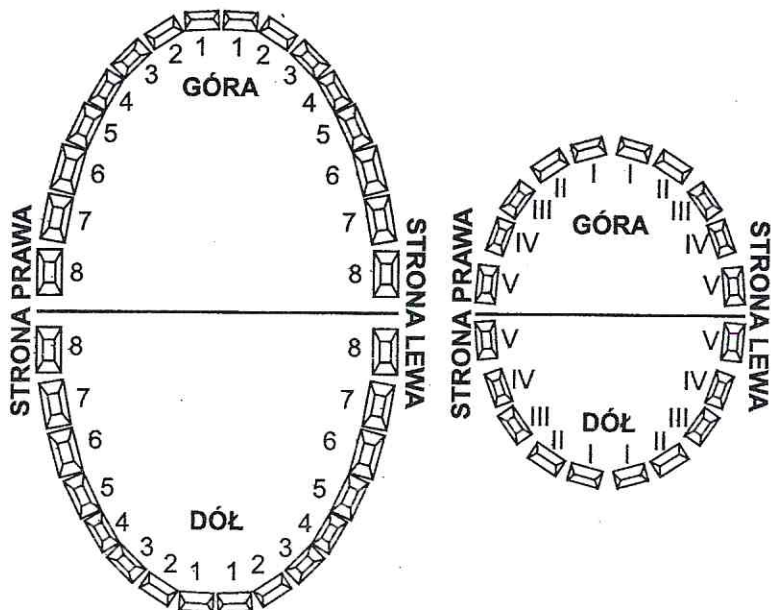
nr PESEL	oddział NFZ	ubezp.
----------	-------------	--------

UWAGI

.....  
podpis lekarza stomatologa

.....  
podpis lekarza stomatologa

pieczętka



data badania	
--------------	--

Data	Ząb	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zalecenia i skier. do poradni spec.	Kod	Punkty
1	2	3	4	5	6

Uwagi	
-------	--