Podsumowanie historii medycznej

Imię i nazwisko osoby _____

Data urodzenia _____

Grupa krwi _____

Alergie _____

Rozpoznane choroby i schorzenia przewlekłe

OPERACJE I POBYTY W SZPITALU

Rok	Co	Szpital i oddział

SPECJALIŚCI I PORADNIE

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Telefon

Szczepienia (z datami)

Ostatnia aktualizacja