K-050

Nr kol. roku / Nr Oddziału	Data przyjęcia	Nr ks głów.	Pesel	Nazwisko Imię Adres	Wiek	Nr sali
1	2	3	4	5	6	7
					VENIE	

ROZPOZNANIE	Przyjęty z innego ODDZIAŁU	Przyjęty do szpitala	Termin hospitalizacji			Uwagi
			Przeniesiony(a)	Wypis	Zgon	
8	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*