

Karta obserwacyjna

Imię i nazwisko pacjenta.....

Pesel.....

Adres.....

Telefon kontaktowy.....

Data rozpoczęcia realizacji programu.....

Rozpoznanie.....

.....
.....
.....
.....

ICD 10:

ICD 9:

Zespół	Imię i nazwisko	Telefon kontaktowy
Lekarz nadzorujący		
Pielęgniarka		
Rehabilitant		