Lp.	Data	Imię i nazwisko	Adres	Poradnia, z ramienia której pielęgn. dokonuje odwiedzin	Rodzaj zabiegu lub zadania (przy wstrzyknięciu podać nazwę leku)	Rodzaj spraw socjalno-bytowych załatwianych przez pielęgniarkę
1	2	3	4	5	6	7