

P/ \_\_\_\_\_ / r. NR KASY: \_\_\_\_\_ PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

S/ \_\_\_\_\_ Lecz.: \_\_\_\_\_

A/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nazwisko Imię Data urodzenia

\_\_\_\_\_ Adres

\_\_\_\_\_ Zawód Skierowany

Data pierwszego badania: \_\_\_\_\_

Daty leczenia

Rozpoznanie kliniczne

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rozpoznanie histopatologiczne

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Koniec obserwacji