Numer kolejny pacjenta	Data wpisu	Data wykonania badania	Dane identyfikacyjne pacjenta		
			Imię i Nazwisko	PESEL *	Adres zamieszkania pacjenta
1	2	3	4	5	6

W przypadku noworodka numer PESEL matki, w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość