



Data zlecenia:				Nr zlecenia:			
Nazwisko lekarza:							
Nazwisko pacjenta:							
Płeć:	Wiek:	Twarz:	Kolor:	Wzrost:	Pyknik		
K M		△ ○ □			Atleta		
Astenik							
TERMINY:							
OPIS PRACY:							
UWAGI DODATKOWE NA ODWROCIE KARTY							