

.....
(pieczęć poradni)

.....
Nr karty choroby (karty ciąży)

KARTA KONTROLI ZGŁOSZEŃ

w Poradni

.....
Nazwisko i imię

.....
Wiek

.....
Miejsce zamieszkania

.....
Rozpoznanie

.....
Pobrano krew na Wr dnia

[illegible]