

Nr kolejny	Data zgłoszenia się pacjenta (dzień, miesiąc, godz.)	Dane identyfikujące pacjenta Nazwisko i imię (imiona) Data urodzenia Adres zamieszkania Numer PESEL	Dane identyfikujące lekarza lub zakład kierujący	Rozpoznanie lekarza kierującego	Ustalona data planowanego przyjęcia / nazwa oddziału
1	2	3	4	5	6