

Údaje o pacientovi Rodné číslo, resp. číslo poistenca <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> Meno <input type="text"/> Priezvisko <input type="text"/> Bydlisko <input type="text"/> Pohlavie muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> U cudzincov Kód krajiny EU <input type="text"/> Identif. číslo pacienta <input type="text"/>	Kód dg. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kód poskytovateľa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kód odosielaajúceho lekára <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tel. <input type="text"/> Pečiatka lekára: <input type="text"/>	
	Kód poisťovne pacienta <input type="text"/> <input type="text"/>	Dátum odberu <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m r r Čas odberu <input type="text"/> : <input type="text"/>	

Predchádzajúce biotické vyšetrenie: <input type="text"/>	Grafické znázornenie lézie: <input type="text"/>
Predmet vyšetrenia a lokalizácia: <input type="text"/>	
Fixácia: <input type="text"/>	
Klinický priebeh, terapia, ožarovanie, diagnóza <input type="text"/>	
Dátum odoslania: <input type="text"/> d d m m r r	