**Spis dokumentacji medycznej smp indywidualnej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Pesel | Data pierwszej wizyty /badania profilaktycznego | Data ostatniej wizyty/ badania profilaktycznego | Liczba kart /wkładek do badania profilaktycznego |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Data przekazania do archiwum ………………………

*Podpis osoby przekazującej Podpis osoby przyjmującej*

………………………………………….. ………………………………………..