

## KARTA KONTROLNA INTENSYWNEGO NADZORU DYSPANSERYZACYJNEGO

Kartę założono dnia: .....

Stopień, nazwisko i imię: .....

Nr PESEL: .....

POWÓD NADZORU	Kod ICD-10

Wymagana częstotliwość badań	
rok	liczba
20.....	.....
20 .....	.....
20.....	.....
20.....	.....
20.....	.....
20.....	.....

WYNIKI BADAŃ DIAGNOSTYCZNO-LABORATORYJNYCH					
Data	Rodzaj badania	Wynik	Data	Rodzaj badania	Wynik

BADANIA LEKARZY SPECJALISTÓW			
Data	Rodzaj badania	Wynik rozpoznania – wnioski	Termin następnego badania kontrolnego

KONTROLNE BADANIA OGÓLNOLEKARSKIE			
Data	Rozpoznanie – zalecenia	Termin następnego badania	Uwagi, podpis lekarza