DATA	Godziny dyżuru	Imię i nazwisko lekarza dyżurnego
.....	od ..... do	.....

RUCH CHORYCH	Uprawnieni	Nieuprawnieni	RAZEM
PRZYJĘTO			
WYPISANO			
PRZENIESIONO NA INNY ODDZ.			
ZGONY			
STAN PRZY ZDANIU DYŻURU			

DANE O CHORYCH: **WOLNYCH ŁÓŻEK** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRZYJĄŁ

.....
podpis i pieczęć

ZDAŁ

.....
podpis i pieczęć