

Proszę zaznaczyć pola, które dotyczą pacjenta



Kod ośrodka
 Kod oddziału

Numer pacjenta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Inicjały	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rok urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Płeć	<input type="radio"/> Kobieta	<input type="radio"/> Mężczyzna	Data przyjęcia na oddział <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Masa ciała (kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona		
Wzrost (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona	Zgoda pacjenta <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	
Numer pacjenta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Inicjały	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rok urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Płeć	<input type="radio"/> Kobieta	<input type="radio"/> Mężczyzna	Data przyjęcia na oddział <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Masa ciała (kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona		
Wzrost (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona	Zgoda pacjenta <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	
Numer pacjenta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Inicjały	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rok urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Płeć	<input type="radio"/> Kobieta	<input type="radio"/> Mężczyzna	Data przyjęcia na oddział <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Masa ciała (kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona		
Wzrost (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona	Zgoda pacjenta <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	
Numer pacjenta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Inicjały	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rok urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Płeć	<input type="radio"/> Kobieta	<input type="radio"/> Mężczyzna	Data przyjęcia na oddział <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Masa ciała (kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona		
Wzrost (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona	Zgoda pacjenta <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	
Numer pacjenta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Inicjały	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rok urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Płeć	<input type="radio"/> Kobieta	<input type="radio"/> Mężczyzna	Data przyjęcia na oddział <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Masa ciała (kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona		
Wzrost (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona	Zgoda pacjenta <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Nie	
Numer pacjenta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Inicjały	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rok urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Płeć	<input type="radio"/> Kobieta	<input type="radio"/> Mężczyzna	Data przyjęcia na oddział <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Masa ciała (kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona		
Wzrost (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona	Zgoda pacjenta <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	
Numer pacjenta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Inicjały	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rok urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Płeć	<input type="radio"/> Kobieta	<input type="radio"/> Mężczyzna	Data przyjęcia na oddział <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Masa ciała (kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona		
Wzrost (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> oceniona	<input type="radio"/> zmierzona	Zgoda pacjenta <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	