

# **LÉKAŘSKÁ SLUŽBA PRVNÍ POMOCI**

Poř. číslo	Datum, hod. hlášení	Jméno, rok narození a bydliště nemocného obvod č. .... č. pojišťovny:	Ošetření provedeno v		Údaje o zdravotním stavu anamnéza, objektivní nález, diagnóza, terapie závěr o pracovní schopnosti)
			hodin	ordinací bytě	
					podpis lékaře
					podpis lékaře
					podpis lékaře
					podpis lékaře
					podpis lékaře