

KARTA NADZORU NAD ŚRODOWISKIEM CHOREGO NA GRUŻLICĘ

Nazwisko i imię chorego _____

Adres chorego _____

Adres poradni POZ chorego _____

OSOBY WYMAGAJĄCE OBJĘCIA NADZOREM

Lp.	Imię i Nazwisko stopień pokrewieństwa ew. sposób narażenia	Dane kontaktowe adres, telefon ew. miejsce pracy/nauki	Informacje o objęciu nadzorem przez poradnię

✓

Podpis osoby zgłaszającej

Wpłynęło dnia: