

Imię			
Nazwisko			
Termin pobytu			
Lekarz prowadzący			
Rozpoznanie zasadnicze z listy RKZ01			
Rozpoznanie współistniejące z listy dodatkowej RKZ02			
Rozpoznanie współistniejące z listy dodatkowej RKZ03			
	ICD -9	Data wykonania	Osoba wykonująca badanie
3 procedury ICD – 9 z listy RKZa			
Minimum po 2 razy każdej procedury ICD-9 z listy dodatkowej RKZb			
Minimum 3 procedury ICD – 9 z listy dodatkowej RKZc			
Minimum 3 procedury ICD -9 z listy			

dodatkowej RKZd			

.....

(podpis osoby sporządzającej
załącznik)