

## ДЕТСКИ МЕДИЦИНСКИ КАРТОН

.....  
лечебно заведение



График на педиатъра: Д-р.....

	ЧЕТНА ДАТА	НЕЧЕТНА ДАТА
КАБИНЕТ №		



Телефони на педиатъра: .....  
.....  
.....



Име:.....  
.....

Роден(а) на:.....

Адрес:.....  
.....

Час на раждане:.....

Тегло при раждане:.....

Ръст при раждане:.....

Кръвна група:.....

