

ДЕТСКИ МЕДИЦИНСКИ КАРТОН

.....
лечебно заведение

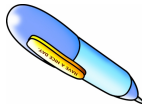


График на педиатъра: Д-р.....

	ЧЕТНА ДАТА	НЕЧЕТНА ДАТА
КАБИНЕТ №		



Телефони на педиатъра:
.....
.....



Име:.....
.....

Роден(а) на:.....

Адрес:.....
.....

Час на раждане:.....

Тегло при раждане:.....

Ръст при раждане:.....

Кръвна група:.....

