DATA	Godziny dyżuru od ..... do	Imię i nazwisko lekarza dyżurnego		
RUCH CHORYCH		Uprawnieni	Nieuprawnieni	RAZEM
PRZYJĘTO				
WYPISANO				
PRZENIESIONO NA INNY ODDZ.				
ZGONY				
STAN PRZY ZDANIU DYŻURU				

DANE O CHORYCH: **WOLNYCH ŁÓŻEK** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRZYJĄŁ

.....
podpis i pieczęć

ZDAŁ

.....
podpis i pieczęć