

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ

ФИО: _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____
ГРАЖДАНСТВО: _____ МЕД.ПОЛИС№ _____
ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ(травма, заболевание- обстоятельства/дата/время): _____

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ(тел командира группы, тел родственников)
тел.№ _____ имя: _____
тел.№ _____ имя: _____

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ: _____
ПРИВИВКА ОТ СТОЛБНЯКА(да/нет/неизвестно, дата последней прививки) _____
ГРУППА КРОВИ: _____ РЕЗУС-ФАКТОР: _____
ПОЛУЧЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ(название препаратов, дозы, время введения): _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФО: _____