

---

sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas

**INFORMACIJA APIE PACIENTO LIGAS**

---

(paciento vardas, pavardė, gimimo data)

Eil. Nr.	Ligos pavadinimas	Ligos kodas pagal TLK-10- AM	Ligos pirmųjų simptomų atsiradimo pradžia data	Ligos diagnozės patvirtinimo data

Užpildžiusio gydytojo parašas, spaudas:

Informacija pateikta pagal duomenis, esančius (pabraukti):

Asmens sveikatos istorijoje (f. 025/a), (Gydymo stacionare ligos istorijoje (f 003/a),

kita \_\_\_\_\_

įrašyti