Lp.	Data	Imię/imiona i nazwisko pacjenta / Pesel	Imię i nazwisko lekarza/ numer statystyczny	Rodzaj zabiegu	Rodz. wstrzyk.			Liczba zleconych zabiegów	
				Nazwa leku dawka jednorazowa	podskórne	domięśniowe	dożylne		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10