

ЛИСТ регистрации посещений пациента

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента:

Дата рождения:

Приложение 2

Даю свое согласие на посещение меня в отделении лицам представленным ниже в списке:

подпись пациента

[illegible]

[illegible]