L.p.	Data	Imię i Nazwisko chorego	Adres chorego	PESEL chorego	Imię i nazwisko lekarza lub numer statystyczny	Nazwa leku Dawka jednorazowa
1	2	3	4	5	6	7

Rodzaj wstrzykn.			Inny zabieg	Ilość zlecen. zabiegów	Godzina zabiegu	Samopoczucie chorego po zabiegu	Miesiąc …… Rok ……																													
podskórne	domięśn.	dożylne																																		
8	9	10	11	12	13	14	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31.