

KARTA KONTROLI STYMULATORA

48

Nr karty _____

Nazwisko

STYMULATOR

Imię

ELEKTRODA

PESEL

OŚRODEK IMPLANTUJĄCY

Data wszczepienia (wymiany)

Data kontroli Podpis	Dane kontroli stymulatora	Leki	Uwagi

Data kontroli	Dane kontroli stymulatora	Leki	Uwagi
Podpis			