

E-001

pieczęć zakładu leczniczego

.....  
(data badania)

# ELEKTROKARDIOGRAM Nr .....

.....  
(Imię, nazwisko i wiek)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Wykonany aparatem .....

w warunkach (w spoczynku, po wysiłku, po ergotaminie, po atropinie, po .....

Rozp. kliniczne .....

Przyjmowane leki .....

Ciśnienie tętnicze ..... / ..... mm Hg, ( .....kPa)

**U W A G A: Elektrokardiogram ten stanowi własność pacjenta: nie wolno mu go zabierać nawet w celu włączenia do dokumentacji.**

