HOLTER – OPIS CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZEZ PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami)	
Numer karty pacjenta	
PESEL **lub** numer dokumentu tożsamości	
Imię i nazwisko opiekuna prawnego (drukowanymi literami **jeśli dotyczy**)	

Rozpoczęcie badania: Data…… Godzina ……

GODZINA	OPIS CZYNNOŚCI I DOLEGLIWOŚCI	PRZYJMOWANE LEKI