**DOCTOR'S REPORT**

**Fuli name of patient**

Imię i nazwisko pacjenta

**Adress**

Adres

**Date of birth nationality rank**

Data urodzenia narodowość rank

**Ship's name flag**

Nazwa statku bandera

**Owner / Management**

Armator

**Diagnosis**

Rozpoznanie

**Contagious - YES □ NO □**

Zakaźne - TAK □ NIE □

**NO □**

**Can the illness be included in the subtropical group diseases? YES □**

Czy choroba może być zaliczana do grupy chorób podzwrotnikowych? TAK □

**Is the illness due to the accident? YES □**

Czy choroba powstała w związku z wypadkiem? TAK □

NIE □

**NO □**

NIE □

**Ambulatory treatment: desirable / necessary / not necessary**

Leczenie w przychodni: wskazane / konieczne / nie konieczne

**Patient recommended to be signed off / not signed off**

Zaleca się pacjenta wyokrętować / nie wyokrętować

**Patient unfit for work from to**

Pacjent niezdolny do pracy od do

**Treatment commenced Treatment terminated**

Leczenie rozpoczęte: Leczenie zakończone: ....

**Remarks:**

Uwagi:

**Doctor's name**

Imię i nazwisko lekarza

Port of

Date