Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Міністерство охорони здоров'я України Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма									медична документація						
									Форма первинної облікової документації № 037/0						
								ЗАТВЕРДЖЕНО							
Код за ЄДРПОУ									Наказ МОЗ України 						
		щод	ценноі	го обліку роб	оти лікаря		ЛИСТ ога (сто		гічної полі	клініки, відділ	ення, кабінету)				
"									(прізвище, ім'я, по батькові лікаря)						
Номер 3/п	Години прийому	Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта	Кількість повних років	Порядко- вий номер відвіду- вання (первинне, повторне)	Номер медичної карти стомато- логічного хворого	Місце проживання (житель міста (м), села (с))	і рупа населення (ДГ, Ш, С, В, Р,	AIIK A)	Ціагноз	Комплекс виконаного лікування чи його етап, включаючи суміжні спеціальності	Вид знеболювання	Сановано (всього)	У тому числі планова	цьовано х ь праці	
1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	
												-			
												-			
												-			

Продовження форми № 037/о

1	2	3	1	5	6	7	8	9	10	11	12	13	MИ № 057/0
1		3	4	3	0	/	ð	9	10	11	12	13	14
											-		
											1		
													<u> </u>
													
											1		1
													<u> </u>
											-		
			 										<u> </u>
											1		

Фактично відпрацьовано за графіком год. x в.

Підпис лікаря