№	თარიღი	პაციენტის სახელი, გვარი	ასაკი	სქესი	ისტორიის №	საინდენტიფიკაციო №	მისამართი, ტელეფონი

კვლევის ტიპი (კოდი) და დასახელება	კვლევის შედეგი	კვლევა ჩაატარა			დაფინანსების სახე	პასუხი გაიტანა	შენიშვნა
		სახელი, გვარი	ხელმოწერა				
			ექიმი	ექთანი			