Data	Numer bieżący	Oddział/Ośrodek Zdrowia	Godzina			Dane pacjenta			
		Osoba zgłaszająca	zgłoszenia	wyjazdu	powrotu	Nazwisko i imię PESEL	Wiek	Rozpoznanie ICD 10	Odpłatność
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10