

**ZLECENIE NA ZABIEGI
DOKONYWANE PRZEZ
PIELĘGNIARKI**

Nazwisko i imię chorego

.....

PESEL:

Adres:

Rodzaj zabiegu

.....

w gabinecie
domu chorego bez obecności lekarza

Nazwa - dawka

Ilość zabiegów.....

*) Niepotrzebne skreślić

.....
data , pieczęć i podpis lekarza

Data

WYKONANIE ZABIEGU

Uwagi:

Po dokonaniu zabiegów dołączyć do karty chorego