

	Sala	Imię i nazwisko					Karta zleceń dodatkowa				Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie					
Rozpoznanie																
Data dd/mm/rr																
Dzień OP/pobytu																
Lek/Dawka/Droga podania	Podpis lekarza	Godzina podania podpis pielęgniarki spr			Podpis lekarza	Godzina podania podpis pielęgniarki spr			Podpis lekarza	Godzina podania podpis pielęgniarki spr			Podpis lekarza	Godzina podania podpis pielęgniarki spr		
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																
8.																
9.																
10.																
11.																
12.																
13.																

Leczenie