

	Sala	Imię i nazwisko								Karta zleceń O. Wew.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie	
Rozpoznanie													
Data dd/mm/rr													
Dzień OP/pobytu													
RR Waga/wzrost (BMI)													
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	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.													
Diagnostyka													

	Sala	Imię i nazwisko								Karta zleceń O. Wew.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie			
Rozpoznanie															
Data dd/mm/rr															
Dzień OP/pobytu															
RR Waga/wzrost (BMI)															
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		Podpis Lekarza	Godzina podania podpis pielęgniarki spr	
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
Diagnostyka															