

Imię i nazwisko
Plan opieki

| Data | Rozpoznanie | Plan opieki | Realizacja | Ocena |
|------|-------------|-------------|------------|-------|
| | | | | |

Pieczętka zakładu

80 CYFROWY

KARTA OPIEKI NAD KOBIEȚĄ
prowadzona przez połoŹnà środowiskowà rodzinną

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

PESEL Telefon

Rodzaj wykonywanej pracy

Lekarz prowadzący (rodzinny, specjalista)

Cel wizyty

Realizacja świadczeń profilaktycznych i promocji zdrowia (załącznik nr 1)

Realizacja świadczeń diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjno-higienicznych,
rehabilitacyjnych (załącznik nr 2)

Nazwisko, imiona, nr prawa
wykonywania zawodu połoŹniczki

| Data | Rozpoznanie | Plan opieki | Realizacja | Ocena |
|------|-------------|-------------|------------|-------|
| | | | | |

| | |
|-------------|--|
| Data | |
| Rozpoznanie | |
| Plan opieki | |
| Realizacja | |
| Ocena | |