Załącznik nr 3 do Regulaminu

**INDYWIDUALNA KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH W DPS SZCZUTOWO**

**OPIEKA WYTCHNIENIOWA**

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej .................................................................................

Nr pokoju ....................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WYDANE ZLECENIA | RODZAJ ZLECENIA | ZAKOŃCZENIE WYKONANIA ZLECENIA |
| DATA | PODPIS PIECZĄTKA LEKARZA | DATA | PODPIS PIECZĄTKA PIELĘGNIARKI |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |