

**Przepustka w trakcie pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym
SPZOZ we Włodawie**

Imię i nazwisko pacjenta.....PESEL.....

Adres pobytu w trakcie przepustki.....

Nr tel.

Okres ważności przepustki:

od godz.dnia.....

do godz.dnia.....

Imię i nazwisko osoby faktycznie sprawującej opiekę.....

Nazwy leków oraz sposób ich przyjmowania:

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Inne zalecenia:

.....
.....
.....

Data i godz. wystawienia przepustki:.....

.....Pieczęć i podpis lekarza