

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA PIEŁĘGNIARKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ

Imię i nazwisko pacjenta ; .....

Adres zamieszkania ; .....

PESEL; .....

| Data | Obserwacje pielęgniarki | Pieczęć<br>i podpis pielęgniarki |
|------|-------------------------|----------------------------------|
|      |                         |                                  |

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

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|