

SPRAWOZDANIE ZA MIESIĄC/ROK

NAZWISKO I IMIĘ PIEŁĘGNIARKI

LP	NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA PESEL	ICD 10	DATA OBJĘCIA OPIEKĄ	PRZYJĘCIE DO SZPITALA	WYPIS ZE SZPITALA	WYPIS ZGON	LICZBA WIZYT	LICZBA OSOBODNI	LEKARZ PROWADZĄCY	DANE ŚWIADCZENIODAWCY KIERUJĄCEGO
				ZGODNIE Z KARTĄ INFORM.						
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

DATA I PODPIS

.....