



Sanatoria Dolnośląskie	2/P/2014	Strona 10/10
------------------------	-----------------	--------------

Załącznik 5

**KARTA PRZEKAZANIE LEKÓW WŁASNYCH PACJENTA
PRZEBYWAJĄCEGO NA LECZENIU SZPITALNYM,
DO DYŻURKI PIELEŃNIARSKIEJ**

Imię i nazwisko pacjenta

Pesel.....

Data i godzina przekazania

Nr księgi głównej.....

Nazwa oddziału.....

Lp.	WYKAZ LEKÓW PRZEKAZANYCH DO PRZECHOWANIA	ILOŚĆ
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		

Czytelny podpis osoby wydającej:

Czytelny podpis osoby odbierającej: