pieczęć Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego

Przepustka w trakcie pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym prowadzonym przez Szpital Joannitas w Pszczynie

……
imię nazwisko pacjenta

……
adres pobytu w trakcie przepustki i nr telefonu

okres ważności przepustki:

od godz. …….. dnia ……..

do godz. …….. dnia ……..

Imię i nazwisko osoby faktycznie sprawującej opiekę ……

nazwy leków oraz sposób ich przyjmowania:

1. ……
2. ……
3. ……
4. ……
5. ……
6. ……
7. ……

inne zalecenia

……

……

……

data i godzina wystawienia przepustki …….

……
pieczęć i podpis lekarza