

PRZEPUSTKA

Imię i nazwisko pacjenta _____

Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta w czasie przepustki i nr telefonu _____

Okres ważności przepustki od godziny _____ dnia _____

do godziny _____ dnia _____

Imię i nazwisko, adres i nr telefonu osoby faktycznie sprawującej opiekę _____

Nazwy leków oraz sposób ich przyjmowania:

- 1 _____ 6 _____
- 2 _____ 7 _____
- 3 _____ 8 _____
- 4 _____ 9 _____
- 5 _____ 10 _____

Inne zalecenia: _____

_____ *czytelny podpis osoby wystawiającej przepustkę i pieczęć*

Data i godzina wystawienia przepustki _____

