

ZGŁOSZENIE DODATKOWEJ OPIEKI PIELEGNACYJNEJ NAD CHORYM**I. Dane osoby sprawującej opiekę pielęgnacyjną:**

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Telefon komórkowy.....

II. Opieka pielęgnacyjna sprawowana nad pacjentem:

Imię i nazwisko.....

Oddział szpitalny.....

Okres sprawowania opieki.....

III. Potwierdzam zapoznanie się z zasadami wykonywania dodatkowych czynności pielęgnacyjnych nad chorym i zobowiązuję się ich przestrzegać......
Czytelny podpis osoby sprawującej opiekę.....
Pieczętka podpis pielęgniarki dyżurnej
/pielęgniarki oddziałowej/koordynującej