



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: .....