

2
2
1
2

KARTA CIĄGŁOŚCI OPIEKI PACJENTA HOSPITALIZOWANEGO

Nr Księgi Głównej.....

PESEL/data urodzenia.....

NAZWISKO I IMIONA PACJENTA

PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA	PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA	PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA	PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA	PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA	PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
WE WROCŁAWIU
51-124 WROCŁAW,
UL. H. KAMIENSKIEGO 73 A

Załącznik nr 1 do procedury CO 9.2

KARTA CIĄGŁOŚCI OPIEKI PACJENTA HOSPITALIZOWANEGO

NAZWISKO I IMIÓNA PACJENTA PESEL/data urodzenia..... Nr Księgi Głównej.....

PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA	PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA	PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA	PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA	PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA	PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA	PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ OPIEKĘ	NAZWA KOMÓRKI	DATA/GODZINA