Indywidualna karta zleceń pielęgniarskich wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki

(pieczątka oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta ….....

Numer zlecenia	Data zlecenia, podpis pielęgniarki	Data odstawienia zlecenia, podpis pielęgniarki	Potwierdzenie wykonania zlecenia								
			Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna

Imię i nazwisko pacjenta …….....

Numer zlecenia	Data zlecenia, podpis pielęgniarki	Data odstawienia zlecenia, podpis pielęgniarki	Potwierdzenie wykonania zlecenia								
			Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna	Data i godzina wykonania, podpis opiekuna