(pieczątka kom. organizacyjnej)

KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO

Imię i nazwisko pacjenta: ….....

Adres zamieszkania: ….....

Pesel: …..... **Telefon kontaktowy:** ….....

Data wizyty	Podpis i pieczątka pracownika hospicjum domowego	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7 +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Imię i nazwisko pacjenta: ……

Data wizyty	Podpis i pieczątka pracownika hospicjum domowego	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

admed® MEDICAL PARTNER