

.....
pieczęć zakładu z identyfikatorem
jednostki organizacyjnej zakładu

.....
identyfikator pacjenta

FORMULARZ AA

PLAN PIELEGNACJI / KARTA REALIZACJI ŚWIADCZEŃ PIELEGNIARKI / POŁOŻNEJ POZ (WKŁADKA)

Nazwisko i Imię Data urodzenia i/lub numer PESEL

ZLECENIE: WŁASNE / WEWNETRZNE / ZEWNETRZNE**

**** dane zlecniodawcy / zlecającego:**

Nazwa ZOZ (REGON)

Lekarz kierujący (NPWZ)

Problem (pielęgnacyjny), plan opieki, usługa / świadczenie	Data realizacji zabiegu - świadczenia	Rodzaj / typ zabiegu i użyte środki*	Uwagi	Podpis pacjenta	Podpis pielęgniarki / położnej poz

* zastosowane leki, dawki, drogi podania, zastosowane materiały medyczne

** uzupełnić w przypadku zlecenia zewnętrznego

[Plan_piel]