

ZLECENIE ZASTOSOWANIA UNIERUCHOMIENIA LUB IZOLACJI

Pacjent

PESEL Historia choroby nr

Powód zastosowania:

Rodzaj unieruchomienia:

Izolacja:

	DATA	GODZINA	ZLECAJĄCY <i>czytelny podpis, pieczęć</i>	PRZEDŁUŻAJĄCY <i>czytelny podpis, pieczęć</i>
Początek				
Przedłużenie				
Koniec				

.....
*data, czytelny podpis, pieczęć lekarza***PODSUMOWANIE**Całkowity czas trwania przymusu: *godziny* *minuty*

Uwagi lekarza:

.....
*data, czytelny podpis, pieczęć lekarza***ZLECENIE ZASTOSOWANIA UNIERUCHOMIENIA LUB IZOLACJI**

Pacjent

PESEL Historia choroby nr

Powód zastosowania:

Rodzaj unieruchomienia:

Izolacja:

	DATA	GODZINA	ZLECAJĄCY <i>czytelny podpis, pieczęć</i>	PRZEDŁUŻAJĄCY <i>czytelny podpis, pieczęć</i>
Początek				
Przedłużenie				
Koniec				

.....
*data, czytelny podpis, pieczęć lekarza***PODSUMOWANIE**Całkowity czas trwania przymusu: *godziny* *minuty*

Uwagi lekarza:

.....
data, czytelny podpis, pieczęć lekarza