KARTA PRZEPUSTEK

M-12 (02)

Imię i nazwisko pacjenta: ……..……... Nr Księgi Głównej: …….……

data udzielenia przepustki	godzina rozpoczęcia przepustki	data zakończenia przepustki	godzina zakończenia przepustki	podpis lekarza	imię i nazwisko opiekuna (jeżeli dotyczy)	podpis pacjenta / opiekuna	wydano leki wg karty zleceń/ podpis pielęgniarki	data powrotu pacjenta	godzina powrotu pacjenta	podpis pielęgniarki	podpis pacjenta / opiekuna