

# Karta Pacjenta Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej

ambulatoryjna ☐

wyjazdowa ☐

Numer kolejny ..... Data i godzina .....

EWUŚ TAK / NIE

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Adres z kodem pocztowym .....

Wyrażam zgodę na badanie i leczenie oraz upoważniam ☐ / nie upoważniam ☐ do uzyskania informacji  
o moim stanie zdrowia: .....

.....  
(podpis pacjenta/opiekuna/przedstawiciela ustawowego)

Rozpoznanie  .....

Wywiad .....

Badanie lekarskie .....

| Data<br>godz. | Zlecenia lekarskie<br>(nazwa leku, dawka, droga podania) | Podpis i pieczętka<br>osoby zlecającej | Podpis i pieczętka<br>osoby wykonującej |
|---------------|--|--|---|
|               |  |  |   |
|               |  |  |   |
|               |  |  |   |
|               |  |  |   |

Zalecenia:

Data i godzina wypisu:

Podpis i pieczętka lekarza