

INFORMACJA O CZASIE HOSPITALIZACJI PACJENTA / PLANOWANYCH ZABIEGACH REHABILITACYJNYCH

.....
(nazwa oddziału/poradni)

Imię i nazwisko pacjenta

Pobyt na oddziale / zabiegi rehabilitacyjne od dnia do dnia

Gdańsk, dnia

.....
Pieczętka i podpis
Kierownika Oddziału lub
Kierownika Opieki Pielęgniarskiej lub
Pracownika Poradni Rehabilitacyjnej