



Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o.
ul. Polanki 119, 80-308 Gdańsk
www.szpitalpolanki.pl



ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:	
PESEL PACJENTA:	/ / / / / / / / / / / /
MIEJSCE URODZENIA PACJENTA:	
IMIĘ I NAZWISKO MATKI:	
IMIĘ I NAZWISKO OJCA:	
NUMER TELEFONU PACJENTA/OPIEKUNA:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
ADRES E-MAIL:	
OBYWATELSTWO:	

--

Podpis pacjenta/opiekuna

BADANIE PIEŁĘGNIARKI

TEMPERATURA CIAŁA	°C	Data badania	
LICZBA ODDECHÓW	/min.	Godzina badania	
SATURACJA (mierzona pulsoksymetrem)	%	Piecątka i podpis pielęgniarki	
UWAGI:			



Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o.
ul. Polanki 119, 80-308 Gdańsk
www.szpitalpolanki.pl



ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:	
PESEL PACJENTA:	/ / / / / / / / / / / /
MIEJSCE URODZENIA PACJENTA:	
IMIĘ I NAZWISKO MATKI:	
IMIĘ I NAZWISKO OJCA:	
NUMER TELEFONU PACJENTA/OPIEKUNA:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
ADRES E-MAIL:	
OBYWATELSTWO:	

--

Podpis pacjenta/opiekuna

BADANIE PIEŁĘGNIARKI

TEMPERATURA CIAŁA	°C	Data badania	
LICZBA ODDECHÓW	/min.	Godzina badania	
SATURACJA (mierzona pulsoksymetrem)	%	Piecątka i podpis pielęgniarki	
UWAGI:			