

KARTA WIZYT W DOMU PACJENTA - DOMOWA ANTYBIOTYKOTERAPIA DOŻYLNNA

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Potwierdzam, że jest mi znany telefon kontaktowy do ośrodka prowadzącego leczenie

..... (podpis pacjenta /opiekuna prawnego /rodzica)

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA :

Każda wizyta jest potwierdzana podpisem pacjenta lub opiekuna

[illegible]