Nazwisko i imię pacjenta ……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

PESEL:

Data przyjęcia/wypisu …………………………………………………………………………..

Przyczyna wypisu ……………………………………………………………………………....

………………… ………………………… ……………………….

Data zgłoszenia podpis kierownika ZPO podpis przyjmującego

Nazwisko i imię pacjenta ……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

PESEL:

Data przyjęcia/wypisu …………………………………………………………………………..

Przyczyna wypisu ……………………………………………………………………………....

………………… ………………………… ……………………….

Data zgłoszenia podpis kierownika ZPO podpis przyjmującego