

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI
HOSPICJUM DOMOWE

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA

PESEL:

DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA:

.....
.....
.....

PLAN OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ :

LP	NAZWA ŚWIADCZENIA / CZYNNOŚCI	CYKLICZNOŚĆ WYKONANIA

.....

Data, podpis i pieczętka pielęgniarki

Wyrażam zgodę na świadczenia pielęgniarskie ujęte w powyższym planie opieki

Podpis pacjenta